

Année 1966 — N° 96

LES MANIPULATIONS VERTEBRALES EN RHUMATOLOGIE

Travail de l'Hôpital des Charpennes

(Service du Professeur G. VIGNON)

140 cas personnels

THÈSE

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 25 Juin 1966

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

d'ORNANO Jérôme

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Juin 1929

à LYON (2^e)

EDITIONS DE L'A.G.E.L.

20, Rue François-Garcin — LYON (3^e)

1966

Année 1966 — N° 96

LES MANIPULATIONS VERTEBRALES EN RHUMATOLOGIE

Travail de l'Hôpital des Charpennes

(Service du Professeur G. VIGNON)

140 cas personnels

THÈSE

présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 25 Juin 1966

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

d'ORNANO Jérôme

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Juin 1929

à LYON (2^e)

EDITIONS DE L'A.G.E.L.

20, Rue François-Garcin — LYON (3^e)

1966

Grande 1965 - 1966

LES MANIPULATIONS VERTÉBRALES EN RHUMATOLOGIE

Travail de l'Hôpital des Chiens

Service du Professeur G. VIGNON

par le Docteur



THÈSE

Présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 25 Juin 1966

pour obtenir

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

L'ORNAUD Jérôme

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 6 Juin 1928

à LYON (2)

EDITIONS DE L'A.C.E.L.
20, Rue François-Garcin - LYON (2)

1966

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : M.M. LEVRAT
M. DORCHE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE -
MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN -
ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Otorhino-Laryngologie et d'audio- phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et trau- matologique

MM. DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomia pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Clinique chirurgicale B
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge.
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Clinique médicale infantile B
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIEU	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
CIER André	Pharmacodynamie
VINCENT D.	Biochimie appliquée
X.....	Chimie biologique et médicale
X.....	Bactériologie
X.....	Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Hématologie
GOINARD	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du Travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGUES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	Chimie biologique

MM. MALLEIN	Chimie analytique
COLIN	Médecine légale
BERTRAND	Chimie biologique
MARET	Chirurgie générale
VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
CHOLLAT	Electro-radiologie
FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie
RIFFAT	Hygiène
FLANDROIS	Physiologie
ROLLET	Pharmacie galénique
BIZOLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. MARION Pierre	Chirurgie générale
BONAMOUR	Ophtalmologie
de MOURGUES G.	Chirurgie générale
DEVIC	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique
DURAND	Urologie
FRANCILLON	Chirurgie générale
SAUBIER	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-Psychiatrie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie
CHASSARD	Electro-radiologie
FAYSSE	Orthopédie
GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
GARDE	Médecine générale
HUGONNIER	Ophtalmologie
MORNEX	Médecine générale
MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
NORMAND	Médecine générale
PERRIN André	Médecine générale
DUMAS	Stomatologie
GARMIER	Obstétrique
NOEL	Médecine générale
SCHNEPP	Orthopédie
NOTTER	Cynécologie obstétricale

Examineurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur G. VIGNON
- Assesseurs : MM. le Pr. Agrégé M. DEVIC
le Pr. Agrégé G. de MOURGUES
le Pr. Agrégé E. LEJEUNE

A Janine d'ORNANO

A Frédéric d'ORNANO

A mon PERE - A ma MERE

Qu'ils trouvent ici un bien faible
témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT TEMOIGNE LEUR CONFIANCE

Cette thèse leur est dédiée.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. VIGNON

Professeur d'hydrologie thérapeutique
climatologie et écologie sociale

Nous avons été son Externe, il nous a accueilli avec une bienveillance qui ne s'est jamais démentie.

Il nous a honoré de sa confiance et permis de réaliser cette Thèse qui nous tenait tant à cœur.

A ses hautes qualités d'homme, à sa clarté pédagogique, il allie une compréhension dominante de la Médecine Rhumatologique Moderne.

Qu'il trouve ici le faible témoignage de notre profonde gratitude et notre très respectueux attachement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Agrégé M. DEVIC

Nous regrettons de ne pas avoir été son Externe. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos remerciements pour la courtoisie de son accueil et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre jury de Thèse.

Monsieur le Professeur Agrégé E. LEJEUNE

Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoigné durant notre semestre d'externat dans le service de Monsieur le Professeur RAVAUT, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé G. de MOURGUES

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Charles ANTONIETTI

Il nous a guidé et encouragé dès nos débuts.

Il nous a initié à la technique manipulative qu'il pratique avec virtuosité.

Que notre respectueuse admiration ne nous empêche pas de lui dire toute notre affection.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé GIRAUD

Monsieur le Professeur POLOSSON

Monsieur le Professeur A. TRILLAT

Monsieur le Professeur DECHAUME

Monsieur le Professeur P. RAVAUT

Monsieur le Professeur G. VIGNON

dont nous avons été l'Externe

A V A N T - P R O P O S

Ancien Kinésithérapeute, nous n'avons pas cru que deux années passées à l'école de massage étaient suffisantes pour permettre l'élaboration d'un diagnostic et d'une thérapeutique dans les affections justiciables des manipulations vertébrales, diagnostic et thérapeutique restent l'apanage du seul Docteur en Médecine.

Dans le cadre de nos études médicales et surtout de nos semestres d'externat, nous avons tenté de perfectionner nos techniques, tout spécialement depuis que Monsieur le Professeur VIGNON nous a autorisé à pratiquer les manipulations vertébrales dans son Service et d'en faire le titre de cette thèse.

La bibliographie que nous avons réellement lue concernant les Manipulations vertébrales est très sommaire et se limite aux ouvrages des Docteurs LEPRINCE - LAVEZZARI - MAIGNES - PIEDALLU, DE SEZE et ses collaborateurs tous bien connus des Médecins de Médecine physique et de Rhumatologie.

Il ne suffit pas, bien sur, de passer quelques soirées à lire ces ouvrages spécialisés pour être apte à pratiquer avec succès les manipulations vertébrales. Un livre, si bien fait soit-il - et c'est le cas des ouvrages cités - ne peut rendre la finesse technique pour qu'une

manipulation soit douce, précise, efficace ; trois données essentielles pour que les manipulations vertébrales soient des techniques valables.

Nous avons été initiés par le Docteur ANTONIETTI, pionnier des manipulations vertébrales pratiquées à LYON, dont la thèse de doctorat sur le traitement manipulatif des syndromes cervicaux atypiques date de 1956. Il a bien voulu guider nos balbutiements et assagir nos manipulations.

I N T R O D U C T I O N

Les manipulations vertébrales sont bien connues, mais ne commencent à être utilisées que dans des services de Médecine spécialisée : Rhumatologie, Orthopédie, Médecine Physique et Rééducation.

Cette restriction est due au fait qu'elles ont été discréditées dans l'esprit de nombreux médecins par leur emploi abusif avec des indications anormalement étendues, parfois dangereuses dans les mains d'empiriques pratiquants des manipulations vertébrales autant intempestives qu'illégales, qui ont donné lieu à des accidents quelquefois très graves. Ces manipulations faites sans diagnostic préalable sont justifiées par des conceptions anatomophysiologique relevant de la plus pure fantaisie.

Un certain nombre de Médecins Français, se sont efforcés de montrer durant ces dernières années la valeur thérapeutique des manipulations vertébrales en précisant leurs techniques, et surtout leurs indications.

Nous avons voulu, dans ce travail, nous associer à cet effort en essayant d'apprécier le plus objectivement possible leurs effets. Pour cela nous nous sommes astreints à étudier leurs résultats dans le cadre d'un service de Rhumatologie.

Chez des malades examinés, avant et après, par des Médecins avertis, connaissant bien l'histoire naturelle des maladies et les résultats obtenus par d'autres thérapeutiques, dans les mêmes cas et capables donc d'apprécier la valeur intrinsèque des manipulations vertébrales.

Sans doute, nos observations ne sont-elles pas très nombreuses mais notre souci d'objectivité et le caractère homogène des cas étudiés donnent à notre travail sa valeur.

Nous avons pratiqué des manipulations vertébrales sur des malades tout venant , d'un service de Rhumatologie, SANS AUCUN SOUCI DE RESULTAT STATISTIQUE.

Deux remarques importantes s'imposent dès lors :

- Ces malades, non seulement n'avaient pas guéri tout seuls (autant il est discutable de faire subir un traitement mécanique à une lombalgie destinée à durer trois jours, autant il est regrettable de voir traîner pendant des mois des sujets qui pourraient être débarrassés de leur douleur en deux ou trois séances de manipulations - (O. TROISIER (1) mais dans la majorité des cas ils avaient déjà eu tout l'arsenal thérapeutique spécialisé et c'est devant son échec qu'ils ont été hospitalisés et par la suite qu'ils nous ont été confiés.

- Nous avons considéré comme un échec du traitement manipulatif tout résultat non obtenu après deux manipulations vertébrales faites à quatre ou cinq jours d'intervalle nous fixant ainsi un nombre de manipulations précis dans un temps donné.

Les malades dont nous rapportons les cas de guérison, l'on été par l'observation stricte de ces impératifs, et de ce fait leur guérison ne peut-être imputable qu'à l'application des manipulations vertébrales. L'amélioration post-manipulative le plus souvent immédiate permet de formuler cette affirmation.

HISTORIQUE

Depuis des temps immémoriaux, les sorciers Chamanes, les rebouteux pratiquent des manipulations ostéo-articulaires, à l'aide de manœuvres manuelles plus ou moins habiles et plus ou moins brutales suivant les opérateurs. Ils soulageaient les patients venus se confier à eux quand la manœuvre opérée coïncidait avec l'indication thérapeutique ; le diagnostic restant la plupart du temps hésitant ou fantaisiste.

Nous ne connaissons que très peu de choses concernant cette discipline dans la haute Antiquité. Les secrets étant transmis de Maître à disciple par voie orale.

Nous savons que le massage était employé chez les Indoux, Egyptiens et Chinois ; certains bas reliefs font penser à des mouvements de manipulation.

Pour les Chinois le fait est très probable. Sur un livre paru en 1957 (2) on remarque une photo représentant un vieux praticien Chinois opérant en pleine rue une manœuvre manipulative dorsale typique. Il est vraiment difficile de penser que ce vieillard au visage de sage ait été en Amérique apprendre les techniques manipulatives dans les écoles de STILL ou de PALMER, mais bien plutôt qu'il a recueilli une tradition orale comme le cas est si fréquent en Extrême-Orient.

Antiquité Gréco-Latine

Extrait de la Thèse d'ANTONIETTI (2).

" Le sophiste PAUSANIAS se rendait à ROME quand il tomba de son char sur le haut du dos, il ressentit une violente douleur à la partie inférieure de la nuque, puis s'installa par la suite une anesthésie des deux premiers doigts de la main ; les troubles sensitifs se montrèrent rebelles à tous les traitements appliqués à la zone anesthésiée. GALLIEN qui connaissait la séparation sensitive et motrice des racines, admit que le trouble présenté par le malade était lié à une lésion des racines au niveau de la septième vertèbre cervicale. Un traitement appliqué à ce niveau vertébral amena une guérison complète."

Il n'est pas possible de dire si la thérapeutique appliquée a été manuelle.

L'EPOQUE MODERNE

Le nom de Andrew Taylor STILL se détache, comme celui du créateur des méthodes thérapeutiques manuelles modernes auxquelles il donna le nom d'Ostéopathie.

Fils de Pasteur, après de sérieuses études médicales, il reçut le titre de Docteur en Médecine. Nous sommes aux

environs de 1865. A cette époque la mortalité au cours des maladies infectieuses était encore très lourde. Devant l'insuffisance des thérapeutiques médicales classiques, le Docteur STILL après quelques guérisons obtenues sur des cas chroniques par une thérapeutique manuelle, se souvenant aussi de ses expériences de jeunesse où STILL atteint fréquemment de violentes crises de céphalées avait remarqué qu'en se couchant sur le sol, la colonne cervicale sous-tendue par une corde fixée entre deux arbres à quelques centimètres du sol, il voyait ses céphalées rapidement disparaître.

Il en conçut une théorie pathogénique des maladies dans laquelle une anatomie normale avait comme conséquence une physiologie harmonieuse, d'où le rôle essentiel des modifications des rapports anatomiques au niveau du rachis. STILL était Médecin, connaissait bien l'importance neurovasculaire de ces zones. Il fut le premier à penser vaso-motricité "La règle de l'artère est suprême".

Mais les guérisons obtenues par STILL ne pouvaient être ni comprises, ni expliquées par les Médecins de son époque ; il n'y a pas si longtemps que Chirurgiens (1928 SICARD) et Neurologistes ont mis l'accent sur le rôle du disque intervertébral et il n'y a pas si longtemps non plus que malgré ces connaissances pathogéniques nouvelles, les Médecins Français refusaient encore d'accorder au rachis l'étiopathogénie

des affections pour lesquelles les manipulations vertébrales représentent une thérapeutique de choix.

Ne soyons donc pas étonné si à l'époque du Docteur STILL l'animosité de la Faculté de Médecine fut violente et provoqua à l'origine l'exclusion d'une thérapeutique qui a dû faire ses preuves durant un siècle avant de trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique officiel.

PALMER qui n'était pas Médecin créa vingt ans après l'ostéopathie du Docteur STILL. Sa méthode "LA CHIROPRACTIE". Pour les Chiropracteurs toutes les maladies trouvent leur origine au niveau de déplacements vertébraux. Pour certains - l'école de DAVENPORT - toutes les affections proviennent de sub-luxation de l'Atlas Axis. Pour d'autres - l'école de SAINT-LOUIS - c'est au niveau du déplacement sacroiliaque qu'il faut rechercher la genèse de toutes les maladies. ET, nous cédon's au plaisir de citer la phrase du Professeur LE LORIER : " Pour le Chiropracteur une blennorragie n'est que le résultat d'un coït turbulent qui a déplacé la sacroiliaque".

Nous pensons que la méfiance, et même l'hostilité du corps médical envers les manipulations vertébrales sont dues, avec juste raison et pour une immense part aux Chiropracteurs. Cela pour plusieurs raisons :

- Il existe une confusion entre les termes d'ostéopathie et de chiropractie que beaucoup croient synonymes. Rappelons qu'aux U.S.A. les docteurs en Ostéopathie sont seuls des Médecins ayant reçu la même formation que les Docteurs en Médecine et ayant les mêmes droits.

- La grande majorité des accidents manipulatifs connus (le syndrome de Wallenberg après réajustement de l'Atlas pour rhume des foies). Les accidents mortels sont presque toujours le fait de Chiropracteurs. On se demande même comment il n'y a pas plus d'accident quand on sait avec quelle vigueur il percute de nombreuses fois l'Atlas Axis de leur concitoyen à l'aide des pisiformes.

- Enfin, ce sont leurs théories et la publicité faite à leur sujet qui ont le plus desservi la cause des manipulations vertébrales.

Tout n'est quand même pas à rejeter dans leur technique, et nous employons couramment la manœuvre dite de "RECOIL DE PALMER" pour nos manipulations dorsales moyennes. Nous y reviendrons.

L'ECOLE ANGLO SAXONNE

L'ouvrage du Docteur MENNEL "Backache" fut connu en France grâce à la traduction du Docteur Abel FRANCON. MENNEL a particulièrement insisté sur la séméiologie.

Il a été le premier à faire entrer les manipulations vertébrales dans le cadre de la Médecine physique. Son Successeur à Saint Thomas's Hospital le Docteur James CYRIAX est bien connu en France par une manœuvre de massage transversal profond ligamentaire, qui porte son nom ; ainsi que par ses ouvrages "Tretment by manipulation and massage".

EN FRANCE :

L'ouvrage du Docteur LEPRINCE "traité pratique de vertébrothérapie" est l'un des premiers en date.

Après la fin de la guerre, les travaux des Médecins français sont plus nombreux.

C'est d'abord le livre du Docteur LAVEZZARI "L'OSTEOPATHIE" qui va rester longtemps le seul ouvrage technique et pratique paru. Il est le reflet de la grande expérience de son auteur.

Les articles de DE SEZE et Thierry MIEG (Thérapeutique - Encyclopédie Médico-Chirurgicale) (4).

Enfin l'ouvrage du Docteur MAIGNE dont la qualité technique est rehaussée par la richesse de l'illustration.

METHODE GENERALE

La technique des manipulations vertébrales n'est pas à notre avis accessible à tout médecin quoique l'en veuille souvent dire le contraire, car leur pratique efficace demande un entraînement journalier et surtout le développement d'une sensibilité tactile très poussée ; c'est une question d'entraînement bien sur, mais qui doit être constant pour arriver à une exécution PRECISE - INDOLORE - EFFICACE - ET NON DANGEREUSE de la technique manipulative, critères d'application d'une thérapeutique raisonnée.

"Leur maitrise est le fruit d'un travail assidu essentiellement pratique, qui doit être contrôlé de très près, et d'un entraînement consécutif plus personnel qui dure des années" (4).

Pour ces différentes raisons nous ne pensons pas que les manipulations vertébrales soient du domaine thérapeutique courant et l'omnipraticien essayant au hasard des malades une manipulation tout aussi hasardeuse, dont le résultat prévisible ne servira qu'à desservir et déprécier la méthode.

Par contre le chapitre du diagnostic de la lésion vertébrothérapique pour poser l'indication des manipulations nous apparaît comme de la plus haute importance car souvent il n'est pas fait, et sa méconnaissance fait errer le diagnos-

tic devant ces malades aux examens radiologiques et para-cliniques désespérément négatifs, qui se plaignent d'une douleur vertébrale ou para-vertébrale toujours la même, on parle de vague rhumatisme ou d'algie psychogénique alors que la thérapeutique manipulative manuelle guéri ses malades souvent instantanément c'est dire toute l'importance du diagnostic pré-manipulatif.

Nous en arrivons tout naturellement à décrire les diverses méthodes qui permettent d'envisager la Manipulation vertébrale comme un traitement de choix.

L'INTERROGATOIRE DU MALADE

Il a comme toujours en médecine une importance particulière.

Le malade vient consulter pour une algie. Il vient toujours consulter pour un syndrome douloureux, et ce point est à ne pas perdre de vue. - Rachialgies - Syndrômes douloureux radiculaire - céphalées etc...

La douleur :

- Aiguë, elle succède à un effort, à un faux mouvement, à un traumatisme, directe ou indirecte cette douleur peut-être typique réalisant les tableaux de lumbagos, dorsalgie, cervicalgie avec ou sans irradiation radiculaire.

Premier symptôme d'un malade sans antécédent elle peut succéder à un tableau chronique.

Chronique - c'est un malade qui consulte parce que depuis plusieurs mois il ressent une douleur assez précise, journalière, vertébrale ou para-vertébrale qui présente quelques paroxysmes à l'effort, ou dans certaines positions, qui a résisté le plus souvent à tous les traitements antalgiques et anti-inflammatoires instaurés ; cette douleur inquiète le malade : les examens radiologiques sont peu démonstratifs - les examens biologiques parfaitement normaux, c'est dans ces cas beaucoup moins typiques que l'examen clinique vertébral prend toute son importance car l'étude des mouvements rachidiens ne permet pas toujours d'être précis ou quelquefois il existe une douleur projetée qui retient toute l'attention du malade par son intensité, lombalgie avec cruralgie par exemple ; c'est l'examen vertébral minutieux qui donnera quand même la localisation exacte de l'unité fonctionnelle rachidienne en cause.

Nous nous sommes efforcés d'examiner la colonne vertébrale de nos malades d'une façon minutieuse à la recherche des symptômes de localisation, de façon à savoir quelle manipulation pratiquer, et dans quelle position placer le malade.

La douleur dont se plaint le malade est-elle d'origine vertébrale, c'est le PROBLEME qui se pose avant toute manipulation, ou mieux est-elle imputable à ce que nous avons nommé une unité fonctionnelle rachidienne.

Car toute néchialgie n'est pas d'origine rachidienne, et toute douleur rachidienne ne bénéficie pas des manipulations vertébrales.

LOCALISATION PERMETTANT LA MANIPULATION :

L'examen direct debout, puis dans une position de détente maximum par exemple à plat-ventre avec un coussin sous l'abdomen permet déjà de vérifier par une palpation grossière la persistance des contractures musculaires alors que le reste de la musculature est le plus possible détendue.

Une palpation plus fine, en effleurant les téguments, nous permet de sentir la contracture localisée avec un maximum à un segment vertébral donné siégeant en principe entre la ligne des épineuses et à deux ou trois travers de doigts de part et d'autre de cette ligne. Enfin la palpation digitale toujours aussi douce mais beaucoup plus profonde permet de sentir de plus en plus localisée une zone contracturée, soit perpendiculairement à la colonne comme un crayon plus ou moins gros, soit zonulaire au dessus des articulaires postérieures. C'est précisément à ce niveau que la pression de l'épineuse ou des articulaires postérieures va réveiller la douleur du malade. Cette douleur a des caractéristiques bien précises :

- Elle est remarquable par sa constance anatomique;
- Elle RAPPELLE - Elle REVEILLE - elle AUGMENTE la douleur du malade, sa douleur, celle pour laquelle il vient

consulter.

En effet, signalons immédiatement que si la palpation peut bien sur, réveiller des points douloureux, au niveau de tout l'axe rachidien, ils n'ont jamais comme caractéristique de rappeler la douleur du malade ou d'en augmenter les symptômes.

Enfin, pour plus de précision, on va lui demander de faire quelques mouvements douloureux gardant le contact digital pour s'assurer que le mouvement exagère aussi la douleur à ce niveau. Et si la douleur a quelquefois une prédominance nocturne, et bien le malade sait très bien reconnaître la douleur qui le réveille chaque nuit.

Pourquoi donnons nous tant d'importance à la recherche de cette symptomatologie douloureuse ? parce que, dans des affections où l'examen radiologique indispensable est souvent négatif, la recherche de ce point douloureux fait faire le diagnostic et indique la thérapeutique.

LA THERAPEUTIQUE -

Elle est constituée à partir de ces signes d'examen par la manipulation vertébrale, électivement au niveau du joint intervertébral, douloureux, elle a été localisée avec beaucoup de précision par la palpation surtout et par l'étude de la cinétique vertébrale à ce niveau.

La manipulation s'effectue toujours dans le sens contraire à la douleur provoquée.

Dès la manipulation correctement effectuée et réussie on observe :

- une récupération souvent immédiate de la fonction perturbée que l'on apprécie par l'analyse des mouvements douloureux avant la manipulation.

- une diminution très nette ou une disparition parfois spectaculaire de la douleur permanente dont se plaignait le malade.

L'examen vertébral se négative et la palpation ne retrouve plus qu'un reliquat douloureux où quelques minutes auparavant la douleur était encore très vive.

- La manipulation est légitimée par l'histoire de la maladie. Importance de l'interrogatoire qui recherche une étiologie mécanique souvent oubliée du malade.

L'examen clinique objectivant la responsabilité d'une unité fonctionnelle rachidienne précise dans la genèse des symptômes.

L'absence de contre-indication clinique, radiologique ou biologique.

TECHNIQUES EMPLOYEES DANS L'ENSEMBLE

Nous avons utilisé pour nos manipulations, les techniques ostéopathiques qui sont irremplaçables.

Une seule exception - nous manipulons habituellement la colonne dorsale moyenne de D4 à D8 à l'aide du Recoil de Palmer.

Dans tous les cas, nous avons insisté sur deux points très importants :

1°/ La Position du Médecin Manipulateur :

ELLE EST CARACTERISEE PAR UN PARFAIT EQUILIBRE

c'est une condition nécessaire pour qu'une manipulation soit douce, précise. Le médecin manipulateur doit toujours rester parfaitement maître de ses gestes, pouvoir les modifier à son gré, en direction, en rapidité, et, bien sûr, pouvoir à tout instant arrêter son geste. (malade pusillanisme qui, brusquement, se contracte.)

2°/ La Position du Malade à manipuler :

ELLE EST CARACTERISEE PAR SON EQUILIBRE INSTABLE

et c'est la rupture de cet équilibre instable, parfaitement contrôlé dans un sens choisi à l'avance par le médecin manipulateur qui réalise la manipulation vertébrale.

QU'EST CE QU'UNE MANIPULATION VERTEBRALE

Nous la définissons comme une thérapeutique MANUELLE - ELECTIVE, tendant à produire un mouvement déterminé, dépassant l'amplitude physiologique normale, au niveau d'une unité fonctionnelle vertébrale donnée.

L'UNITE FONCTIONNELLE VERTEBRALE :

Le mode d'action des manipulations vertébrales est discuté.

Nous ne connaissons pas exactement de quelle façon et par quel mécanisme agissent les manipulations vertébrales.

C'est pour essayer de réunir dans un ensemble cohérent schématique, éléments anatomiques et mode d'action des manipulations vertébrales que nous introduisons la notion "d'Unité Fonctionnelle vertébrale".

DEFINITION :

C'est la réunion dans leur ensemble fonctionnel des différents éléments anatomiques sur lesquels sont susceptibles d'agir les manipulations vertébrales.

Cette Unité Fonctionnelle comprend :

- a) - Un segment articulaire,
- b) - Un segment ligamento-musculaire,
- c) - Un segment vasculo-nerveux.

A/ - LE SEGMENT ARTICULAIRE :

Il comprend deux parties :

- Une partie antérieure constituée par le disque intervertébral limitée en haut et en bas par les deux plateaux cartilagineux des vertèbres sus et sous-jacentes, latéralement par des ligaments.

- Une partie postérieure, constituée par les articulaires postérieures.

B/ - LE SEGMENT LIGAMENTO-MUSCULAIRE :

Avec les divers ligaments reliant les apophyses épineuses et transverses, les corps vertébraux. Il comprend aussi les muscles s'insérant directement sur les corps vertébraux ou sur les ligaments soit directement soit par les insertions aponévrotiques.

C/ - LE SEGMENT VASCULO-NERVEUX :

S'échappant du trou transversaire comprenant les racines rachidiennes et leurs gaines duremeriennes, le paquet vasculaire, artères et veines, l'innervation sensitive discale ligamentaire et articulaire postérieure ainsi que l'innervation végétative s'échappant également par le trou transversaire.

Unité fonctionnelle schématique, parce que si au niveau cervical le disque va parfois manquer, l'artère vertébrale et les uncus vont donner une physionomie particulière à sa pathologie.

Pour la colonne lombaire, la queue de Cheval y apporte une note bien spéciale.

Mais dans l'ensemble, le schéma général est valable avec des valeurs plus ou moins importantes des différents éléments suivant l'étage considéré. C'est au niveau de cette unité fonctionnelle rachidienne que vont se produire les modifications étiologiques responsables de la symptomatologie, et c'est également à ce niveau que vont agir les manipulations vertébrales d'une façon ELECTIVE.

MODE D'ACTION DES MANIPULATIONS VERTEBRALES

Deux observations sont évidentes et de pratique courante :

I/ - LA RECUPERATION DE LA MOBILITE ARTICULAIRE :

La récupération de la fonction perturbée dès que le malade se lève de la table de manipulation, et la restauration de la mobilité sont le plus souvent spectaculaire par cessation d'un blocage fonctionnel fixant le malade en position antalgique.

2/ - L'ACTION ANTALGIQUE :

Elle accompagne la récupération fonctionnelle quand elle était très perturbée.

On observe aussi bien souvent la disparition d'un point douloureux qui était permanent, pra-vertébral le plus souvent, mais aussi projeté.

La manœuvre de Lasègue met en évidence l'action antalgique.

Mais les réactions douloureuses, qui pendant 48 heures suivent les manipulations vertébrales, ne permettent pas toujours de bien se rendre compte ; aussi si la cédation immédiate a lieu, c'est un élément pronostic d'une bonne valeur pour le succès de la manipulation vertébrale.

DANS LES AFFECTIONS DISCALES :

Les Rhumatologues Français, à la suite de DE SEZE, ont bien montré le rôle fondamental du Nucléus Pulposus ; sa migration au travers des lamelles discales simplement fissurées créant le lumbago commun discal jusqu'à la hernie discale créant les radiculalgies par conflit disco-radiculaire.

LA SUPPRESSION DU CONFLIT DISCO-RADICULAIRE

Les manipulations agissent en supprimant le conflit disco-radiculaire par réintégration de la portion herniée, sinon jusqu'au centre du disque du moins dans une zone lamellaire discale indolente.

L'action doit être la même dans le lumbago aigu discal ; le fragment migré du Nucléus peut-être aspiré vers le centre, ou bien vers une zone où il ne crée pas de mise en tension douloureuse. On sait que les lamelles fibreuses discales les plus excentriques reçoivent l'innervation sensitive du nerf sinu-vertébral.

On peut aussi penser qu'il existe une action de cisaillement pouvant sectionner une hernie discale extériorisée pédiculée.

Mais on sait aussi que les sciaticques ne sont pas toutes dues à un conflit disco-radiculaire ; il existe des anomalies des racines et du sac neural (briéveté ou bien courbure) qui peut produire des sciaticques et comme on ne fait pas de méthiodal avant les manipulations vertébrales, sûrement quelques sciaticques ne sont pas d'origine discales (nous n'avons pas dans cette Thèse de sciaticque avec spondylolsthésis).

Quand le méthiodal est pratiqué, nous savons que certains malades se disant guéris et ne souffrant plus du tout, alors que l'indication opératoire était posée, ont au méthiodal des images de hernies identiques à celles qui avaient fait poser primitivement l'indication opératoire.

Dans ces cas il faut admettre plutôt une mobilisation de la racine qui la porte dans une zone silencieuse et où les phénomènes congestifs inflammatoires vont pouvoir rapidement s'amender.

LES ARTICULAIRES POSTERIEURES :

L'examen clinique minutieux permet de trouver souvent une douleur exquise à leur niveau, surtout dans le lumbago. L'examen radiologique montre parfois une arthrose apophysaire postérieure, et avant l'aire du conflit discoradiculaire, SICARD - FORESTIER - PUTTI accordaient à l'arthrose apophysaire postérieure la pathogénie d'une grande partie des sciaticques.

La capsule de l'articulaire postérieure est innervée par une branche sensitive provenant de la racine postérieure. Elles contiennent aussi, souvent un petit ménisque bien étudié par SMINCKE & DO SANTO ainsi que TONDURY.

A ce niveau, la manipulation vertébrale doit débloquer le ménisque articulaire et rendre sa mobilité à l'articulaire postérieure.

Il est permis de penser par analogie avec le genou, que ce ménisque peut se déchirer, se bloquer, entraînant une mise en tension de l'articulation ainsi qu'une irritation de la gaine synoviale et de la capsule provoquant la contracture

reflexe antalgique, et si comme nous le croyons le craquement accompagnant la manipulation est due uniquement aux articulations interapophysaires postérieures (les manipulations vertébrales au niveau de l'articulation Occipite atlasienne où il n'y a pas de disque mais des articulations interapophysaires postérieures craquent de la même façon) craquement produit par le brusque écart des surfaces articulaires sans doute en tout point semblable à celui obtenu en tirant sur les doigts au niveau des articulations métacarpe-phalangiennes.

Nous pensons que ce mode d'action des manipulations vertébrales au niveau des articulaires postérieures n'est pas à négliger.

LES LIGAMENTS :

Si l'en s'en tient à la définition, l'entorse est constituée par une élongation ligamentaire, c'est seulement dans ce cas que le terme d'entorse vertébral trouverait sa raison d'être.

En réalité, si dans les troubles statiques certaines douleurs sont dues à la mise en tension répétée des ligaments vertébraux, la douleur est plus vague, plus large, plus diffuse, elle ne s'accompagne pas de phénomène de blocage.

C'est ce type de douleur que reproduisent KELGREEN & LEWIS par les injections de sérum hypertonique dans les

ligaments rachidiens. Ces derniers subissent, sans doute, une réaction de type tendineuse dans les irritations chroniques.

Dans les accidents de blocage aigu, la mise en tension ligamentaire est permanente du côté en extension (à droite par exemple dans les scolioses antalgiques à convexité droite).

C'est au niveau de ces ligaments soumis à une tension permanente pathologique que partent des réflexes proprioceptifs perturbés devenant rapidement des réflexes nociceptifs qui doivent provoquer une hypotonie musculaire dans certains groupes rachidiens de maintien statique (Si on raisonne par analogie avec ce qui se passe au niveau des grosses articulations). Cette hypotonie musculaire alliée à la contracture musculaire antalgique aggrave et maintient le déséquilibre statique.

La manipulation vertébrale libérant le phénomène de blocage rend au ligament la distance normale entre ses points d'insertion et fait céder rapidement l'émission des réflexes nociceptifs à la condition toutefois que le ligament ne soit pas déchiré ou que l'état aigu ne soit pas installé depuis trop longtemps. Auquel cas on peut penser que le ligament devient perturbateur pour son propre compte.

Dans la pratique courante, les lombalgies et les sciaticques d'évolution chronique gardent souvent après les manipulations l'attitude antalgique qu'elles avaient durant la phase aiguë alors que le syndrome douloureux a presque disparu. Si la détérioration de la structure discale est sûrement en cause le rôle du ligament n'est pas à négliger dans le maintien d'une attitude, qui met en évidence le déséquilibre existant au niveau du tonus de posture des muscles synergiques.

Dans ces cas c'est la rééducation vertébrale indissoluble du massage vertébral qui donne les meilleurs résultats, par un assouplissement segmentaire délicat dans le sens de la non douleur, puis une rééquilibration générale de l'axe rachidien ; partant bien sûr de la plateforme sacrée, puis une remusculation en position corrigée avec l'indispensable prise de conscience de cette position.

LES VERTEBRES DEPLACEES

Les détracteurs des manipulations vertébrales ont pour habitude de dire "les vertèbres ne se déplacent pas".

Il faut bien s'entendre ; par le jeu des disques intervertébraux et des articulaires postérieures, pour concourir au mouvement harmonieux du rachis, les vertèbres se déplacent les unes par rapport aux autres dans des limites physi-

logiques, bien précisées par de nombreuses études d'anatomistes, d'orthopédistes et de physiologistes.

Les travaux récentes de HARRINGTON sur la pathogénie des scoliozes structurales de l'adolescence ont montré que la rotation moyenne des épineuses dorso-lombaires, autour de l'axe du canal rachidien, était de 5° symétriquement à droite et à gauche durant la marche, avec au repos un retour à la position neutre ou indifférente - quand cette rotation dépasse 5° d'un côté, le retour à la position neutre ne s'effectue plus et il se constitue une scoliose structurale avec un de ses éléments, la rotation vertébrale permanente.

Donc, dans des limites et autour d'axes bien précisés les vertèbres, par des mouvements harmonieux, permettent les fonctions cinétiques du rachis.

La perturbation de ce mouvement physiologique et surtout son NON RETOUR à une position moyenne ou indifférente détermine une des composantes majeure du blocage vertébral.

La grande majorité des accidents aigus vertébraux ont comme mode de début un effort fait en position extrême de flexion, d'extension, de rotation, ou un mouvement combiné, donc à un moment où les vertèbres pour que le mouvement puisse s'accomplir ont subi un mouvement dans l'espace ; le malade reste souvent bloqué dans l'attitude qu'il avait prise prouvant

bien qu'il y a blocage l'une par rapport à l'autre de deux vertèbres au sein d'une unité fonctionnelle vertébrale.

La lésion se produit durant une phase dynamique, le blocage en est le résultat statique marquant la décompensation de l'harmonie fonctionnelle.

Un autre argument est fourni par la rééducation des lombalgi-ques et des sciatiques en lordose corrigée ou par action des abdominaux et des fessiers en verrouille la colonne lombaire en lordose corrigée ce qui, évitant le mouvement des vertèbres lombaires durant l'effort assure la prophylaxie des récides.

Nous voudrions pour terminer ce chapitre tenter une définition : celle de LESION VERTEBROTHERAPIQUE puisqu'il est d'usage en France de parler de Médecin vertébrethérapeute.

C'est au sein d'une unité fonctionnelle vertébrale définie, le blocage dans des limites physiologiques de deux vertèbres l'une par rapport à l'autre, blocage :

- CONDITIONNE par des altérations discales ou apophysaires postérieures.
- MAINTENU par réflexe antalgique musculo-tendineux l'empêchant de concourir aux mouvements harmonieux du segment rachidien dans lequel elle se trouve incluse.

CONDUITE DU TRAITEMENT

=====

C'est après avoir fait un diagnostic clinique précis, éliminé les douleurs symptomatiques d'origine viscérale, neurologiques et les lésions osseuses.

La vitesse de sédimentation est demandée systématiquement en milieu hospitalier au moindre doute chez les malades consultants.

La radiographie surtout est un examen indispensable avant de pratiquer une manipulation vertébrale, de bons clichés bien centrés permettent le plus souvent d'éviter de faire pratiquer des tomographies. C'est la radiographie qui en éliminant les contre-indication osseuses et ostéo-articulaires absolues ou relatives permet de pratiquer les manipulations vertébrales.

LA SEANCE DE MANIPULATION

Elle se pratique sur un malade le plus dévêtu possible après avoir vérifié pour chaque segment vertébral les signes d'examen.

L'EXAMEN DU MALADE

Au niveau de la colonne lombaire :

On observe debout, l'attitude normale ou antalgique

que l'en précise par l'étude des mouvements de la colonne lombaire

- en notant ceux qui sont libres, les mouvements possibles mais très douloureux, ainsi que ceux qui sont très limités, bloqués par la douleur.

Le test de SCHOBER :

Il précise la souplesse rachidienne lombaire en flexion.

On porte dix cm au-dessus du bord supérieur du sacrum sur un sujet debout, puis on demande au malade de se pencher le plus possible les genoux tendus. On a pris soin de marquer sur la peau du malade au crayon dermatographique les dix cm de départ. On mesure la nouvelle distance après flexion, elle oscille normalement entre quatorze et quinze cm suivant la raideur habituelle des individus, on donne le premier et le dernier chiffre : exemple SCHOBER 10/15.

Dans les lumbagos et les sciaticques la raideur est souvent intense, le Schober peut-être nul 10/10, le plus souvent il est très limité.

Ce qui ne veut pas dire que le malade ne puisse pas se fléchir, mais il le fait en faisant pivoter le tronc autour des articulations sacro-iliaques ; pour le vérifier on mesure :

- La distance pouce sol :

Le sujet se fléchit, les genoux tendus comme pour le Scheber, les mains jointes, les deux bras bien rectilignes sont perpendiculaires au sol, on mesure la distance séparant l'extrémité des pouces réunis, du sol.

Chez l'homme souple cette distance égale 0 puisqu'il peut toucher ses pieds, jambes tendues ; elle est sujette au variation de taille et de souplesse habituelle, mais chez un même sujet la répétition des mensurations a une valeur certaine.

On pratique dans un même temps les deux mensurations qui se complètent : test de Scheber et distance pouce sol.

S'il existe une radiculalgie au niveau du membre inférieur on recherche le Lasègue vrai ou Lasègue sciatique, hemolatéral, le Lasègue controlatéral, le Lasègue crural s'il y a lieu.

Quelquefois la manœuvre de Lasègue réveille une douleur lombaire, quand la jambe, entraînant le bassin, mobilise la zone bloquée lombaire, on note ce Lasègue comme Lasègue Lombaire.

Le malade à plat-ventre, un coussin plus ou moins gros sous l'abdomen, on palpe avec minutie les masses musculaires, les épineuses, les articulaires postérieures à la re-

cherche d'une douleur élective.

Pour la colonne dorsale :

Même étude précise des mouvements segmentaires simples et combinés.

- études des mouvements respiratoires que l'on peut contrarier avec les mains vérifiant la mobilité costale.

L'examen manuel se fait le malade assis, le dos arrondi, les avant-bas reposant sur les genoux, puis on refait l'examen le malade en décubitus ventral.

Pour la colonne cervicale :

L'étude des mouvements segmentaires et combinés se fait le malade assis, puis sur le dos.

L'examen manuel, le plus intéressant se pratique le malade sur le dos, les deux mains palpant les gouttières vertébrales.

Précisons :

- Que la recherche de la mobilité rachidienne se fait d'une façon active puis est vérifiée de manière passive.

- que l'on note soigneusement tous les signes d'examen et toutes les mensurations juste avant de pratiquer une manipulation.

Ces manœuvres vont préciser la symptomatologie douloureuse et fonctionnelle du malade.

- LA LOCALISATION de la zone douloureuse est précisée par l'examen manuel que nous avons décrit dans le chapitre "METHODE GENERALE" page 32.

Nous rappelons que quelquefois il est difficile de mettre en évidence une limitation douloureuse des mouvements qui n'existe que dans des positions extrêmes ; LA PREFERENCE SERA TOUJOURS DONNEE A L'EXAMEN CLINIQUE MANUEL trouvant le point douloureux électif qui réveille, augmente, rappelle SA douleur au malade. L'existence du point sonnette lombaire ou cervical est un signe de certitude.

La manipulation vertébrale, LEGITIMEE par l'histoire de la maladie, AUTORISEE par l'absence de contre-indication, le Médecin vertébrothérapeute est maintenant en possession de tous les éléments pour pratiquer avec quelques chances de succès la manipulation vertébrale ; cette dernière est précédé d'un massage vertébral de la région à manipuler.

- Effleurage de prise de contact, puis glissées profondes au niveau des muscles des gouttières vertébrales. On pratique des manœuvres de décontractions des masses musculaires adjacentes (fessiers, carré des lombes, trapèze etc.) en termine par des glissées profondes au niveau des muscles

des gouttières vertébrales.

TECHNIQUES EMPLOYEES

Les chiropracteurs ne "réajustent" que l'Atlas, d'autres que les Sacro-iliaques.

Les manipulatives surgeons manipulent dans tous les sens pour rompre les adhérences.

Le Médecin vertébrothérapeute Français va s'efforcer de supprimer le syndrome fonctionnel en restaurant la mobilité de l'unité fonctionnelle vertébrale en cause, par une manipulation vertébrale.

D'après les données de l'examen vertébrothérapique on choisit la manipulation vertébrale la mieux adaptée et celle dont on a le plus l'habitude d'exécution.

EN AUCUN CAS ON NE MANIPULE UNE ZONE VERTEBRALE QUI N'EST PAS INCRIMINEE DANS LE SYNDROME CLINIQUE DONT SE PLAINT LE MALADE.

IL EST NAVRANT DE VOIR ENCORE DES MALADES DONT ON MANIPULE L'ATLAS POUR UNE SCIATIQUE, ET QUI EN PLUS DE LEUR SCIATIQUE, EVIDEMMENT REBELLE A CE TRAITEMENT, VOIT APPARAITRE

UNE CERVICALGIE OU UN BARRE-LIOU POST-MANIPULATIF.

Rappelons :

LA POSITION DU MEDECIN MANIPULATEUR :

ELLE EST CARACTERISEE PAR SON PARFAIT EQUILIBRE.

LA POSITION DU MALADE

ELLE EST CARACTERISEE PAR SON EQUILIBRE INSTABLE.

C'est la zone à manipuler qui est placée dans une position d'équilibre instable, et c'est la rupture de cet équilibre, parfaitement contrôlé dans le sens choisi, par l'application d'un point mobile et d'un point fixe, qui réalise une manipulation vertébrale ELECTIVE.

Car, contrairement à ce que l'en peut penser la manipulation vertébrale se fait exactement ELECTIVEMENT en PREMIER à l'endroit choisi.

On comprendrait mal comment une manipulation se faisant au niveau de L2/L3 par exemple, par l'application d'une mauvaise technique pourrait réintégrer une hernie discale L4/L5 (à fortiori en manipulant l'Atlas).

Ou plutôt si, on comprend très bien qu'une mauvaise technique obtenant des craquements non électifs ne donnent des résultats que d'une façon très occasionnelle.

On pratique UNE MANIPULATION VERTEBRALE, on ne manipule pas dans tous les sens au petit bonheur. Si parfois on manipule par la droite et par la gauche c'est qu'en réalité le point mobile a changé de lieu d'application.

Le craquement : Il n'est pas suffisant, nous n'irons pas jusqu'à dire qu'il n'est pas nécessaire. Nous savons que le mode d'action des manipulations vertébrales est complexe et qu'elles agissent entre autre au niveau des articulation interapophysaires postérieures, le craquement en est le témoin.

On peut dire qu'il est habituel mais il ne fait présager en rien de l'efficacité de la manipulation qui est une question de localisation et de choix de la technique employée.

Dès la manipulation vertébrale pratiquée il est bon de s'assurer du résultat immédiat qui est parfois spectaculaire - tel malade conduit en chariot à cause de l'impotence fonctionnelle marquée, retourne à pied dans son lit.

On vérifie les signes de l'examen clinique et l'on compare avec ceux pré-manipulatif : Lasègue, Schober, Pouce sol, etc. , mais aussi bilan fonctionnel : essai des mouvements qui étaient très douloureux, vérification de l'impulsion à la toux, par exemple.

Ce premier examen a beaucoup d'importance ; il permet de connaître le résultat immédiat de la manipulation vertébrale avant que n'apparaisse la réaction post-manipulative.

REACTION POST-MANIPULATIVE:

Il en est d'immédiate ; elles sont de type neuro-végétatifs mais rarement observées :

- crise de larmes (non motivée par une douleur)
mais aussi crise de rire nerveux
- sensation de chaleur dans le membre malade quand il s'agit de sciatique, montrant bien les réactions vaso-motrices.

Réaction post-manipulative précoce :

Elle est fréquente : 60 à 70 % des cas, pour ne pas dire habituelle ; sa durée est assez curieusement de 48 heures ; elle débute le lendemain qui suit la manipulation vertébrale ou le soir même ; il est indispensable de bien en avertir le malade de façon à ce qu'il ne s'inquiète pas.

Après une amélioration de quelques heures, les douleurs réapparaissent, parfois assez violentes mais elles sont plus diffuses, impression de courbature.

La mobilité est le plus souvent conservée, en ce qui concerne le gain de l'amplitude articulaire post-manipulatif .

et les 48 heures terminées, le malade qui souffrait encore beaucoup la veille constate avec surprise au réveil qu'il va beaucoup mieux ; quelquefois on assiste à une guérison presque totale avec disparition des symptômes qui avaient motivés la manipulation vertébrale. Demandez à attendre 48 heures avant de se prononcer sur l'efficacité d'une manipulation vertébrale.

Cette phase réactionnelle n'existe pas toujours et certains malades l'ont à la deuxième ou troisième manipulation vertébrale, d'autres jamais.

Réaction post-manipulative tardive :

Elle est surtout d'ordre endocrinien et se manifeste par quelques troubles des règles sans gravité, ni suite, surtout une avance de quelques jours dans le cycle menstruel.

On a constaté chez des femmes en période de règles, un arrêt de celles-ci, en principe nous ne pratiquons pas de manipulations vertébrales durant les premiers jours des règles ; à cette période l'état congestif du petit bassin et le retentissement dystonique ne favorisent pas l'étude intrinsèque des symptômes.

Répétition des séances de manipulations vertébrales :

On pratique des manipulations vertébrales tous les quatre à cinq jours avec un total de quatre à cinq en moyenne

des dernières espacées de huit puis quinze jours, mais il n'y a rien d'absolu.

Avant chaque manipulation vertébrale il faut repratiquer l'examen vertébral et fonctionnel.

Si après deux manipulations :

- ELECTIVES, avec la pratique on sait très bien si la manipulation a mobilisé ou non l'unité fonctionnelle vertébrale voulue
- SUFFISANTES, c'est à dire une mobilisation suffisamment poussée, bien sentie sur un malade bien relaché,

le résultat est absolument négatif : pas d'amélioration, ni de signes d'examen, ni de symptômes subjectifs, l'expérience montre que l'on peut considérer la manipulation vertébrale comme un échec. Il faut à ce moment savoir s'arrêter, revoir le problème clinique, radiologique, biologique.

S'agit-il bien de pathologie relevant des manipulations vertébrales ?

L'affection en cause n'est-elle pas au-dessus de l'action thérapeutique manipulative (hernie discale extérieursée).

Car en effet, il est rare que des manipulations vertébrales dont l'indication est bien posée ne donnent aucun

résultat à la suite de la deuxième.

TECHNIQUES EMPLOYEES :

Nous avons employées habituellement les manipulations vertébrales en rotation.

Assistées ou contrariées elles permettent l'application d'une thérapeutique d'une très grande précision. Elles sont bien décrites et illustrées dans le livre de MAIGNE (5).

Par contre nous voudrions réhabiliter la manœuvre dite de Recoil de Palmer. Au niveau de la colonne dorsale moyenne de D4 à D9 environ elle permet des manipulations costo-transversaires d'une très grande précision et parfaitement desables avec l'habitude.

LA RADIOLOGIE

Nous allons traiter en un seul chapitre le problème de la Radiologie dans le traitement par les Manipulations vertébrales.

Les images radiologiques ont donné elles aussi dans ce domaine lieu à des controverses passionnées et elles ont surtout dans l'esprit de nombreux cliniciens desservi les manipulations vertébrales par les explications étiopathogéniques proposés par les chiropracteurs et illégaux de toutes sortes, jonglant avec les pincements, les baillements et sub-luxation.

Ce qui demeure, d'observation journalière c'est qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'aspect radiologique et la symptomatologie fonctionnelle dont se plaint le malade.

Les lésions radiologiques dégénératives qui se constituent lentement, ainsi que les anomalies vertébrales congénitales ne donnent en général que peu de symptômes par suite d'une adaptation fonctionnelle progressive, non seulement de la zone incriminée mais aussi des régions sus et sous-jacentes dont elle fait fonctionnellement partie, et il faut bien comprendre qu'une image de pincement discal dans le contexte séquellaire d'une scoliose structurale de l'adolescence, ou d'une discarthrose est un élément stable sur une radiographie standard qui pré-existait à la survenu d'un épisode aigu et qui ne disparaît pas quand celui-ci sera terminé.

Nous savons que la détérioration progressive de la structure discale peut-être le plus souvent caractérisée par sa parfaite indolence ; mais rien n'empêche que sur ce tableau vienne se greffer à l'occasion d'un effort, la migration d'un fragment discal. Il est certain que dans ce cas, après une manipulation vertébrale et la guérison clinique du malade, l'aspect radiologique statique antérieur de la discarthrose restera inchangé.

L'arthrose vertébrale importante avec ponts osseux ostéophytiques est souvent indolore ce qui a fait dire par les détracteurs des manipulations vertébrales, devant ces malades, dont la lombarthrose jusque là ignorée a été révélée par un examen systématique que l'aspect radiologique n'avait que peu d'intérêt puisque ces malades devraient souffrir, compte tenu des images radiologiques présentées, et par analogie ils refusent souvent à d'autres malades qui se plaignent de rachialgie avec des images radiologiques similaires l'étiologie rachidienne que réveille pourtant un examen clinique vertébral soigneux.

On sait qu'une vésicule biliaire calculeuse est souvent une découverte fortuite d'examen systématique. Ce n'est pas pour cela qu'on lui refuse la pathogénie des troubles quand la même image, chez un autre malade, s'accompagne de symptômes fonctionnels.

Les études radio-cinématographiques ont montré combien il était facile de provoquer baillement et pincement tout au long de l'axe rachidien, en particulier au niveau de la colonne cervicale, mais seule cette technique peut rendre l'aspect de rigidité localisée ou segmentaire qui survient lorsque par exemple la rotation de la colonne cervicale présente une limitation douloureuse à droite. N'oublions pas que l'une des composantes de la lésion vertébrothérapique est un blocage, qu'il se produit durant une phase dynamique et que la radiographie représentation statique par excellence ne peut rendre ces altérations fonctionnelles. Faut-il en déduire devant une radiographie qualifiée de normale ou de négative que l'axe rachidien n'a pas de paternité des troubles dont se plaint le malade. Bien sur que non. La radiographie représente d'abord un document de référence indispensable qui doit être fait avant de pratiquer une manipulation vertébrale. C'est le document de base si elle est qualifiée de normale et que l'examen clinique vertébro-thérapique soit positif. Cette radio montre avant tout l'absence de contre-indication radiologique à pratiquer les manipulations.

Chez tous les malades présentés dans cette thèse, l'examen radiologique a précédé la pratique des manipulations vertébrales, car de bons clichés radiologiques sont indispensables avant toute manipulation. La méconnaissance de cette règle entraîne des illégaux (par ailleurs bien incapable

d'interpréter une radio, même si pour faire plus scientifique il la parcourt d'un oeil rapide) à manipuler vertèbres pottiques ou métastatiques avec les accidents que l'on connaît.

Donc de bonnes radios sont indispensables avant toute manipulation :

- Clichés bien centrés et suffisamment grands
- Fixent la nature des lésions
- Permettent l'étude des contre-indications relatives ou absolues aux manipulations vertébrales.
- Leurs négativités apparentes ne doit pas servir d'argument pour refuser à l'axe rachidien, ou mieux à l'unité fonctionnelle rachidienne la pathogénie des symptômes observés.

La préférence va, comme toujours en médecine, à l'examen clinique.

LES ACCIDENTS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES

Nous empruntons de très larges extraits à l'article de OGER. J. - BRUMAGNE et MARGAUX (6).

" Les manipulations vertébrales en produisent de nombreux accidents dont beaucoup n'ont cependant pas été publiés.

D'une revue de la littérature à laquelle nous avons procédé - et qui n'a pas la prétention d'être exhaustive - on dégage immédiatement qu'il y a des accidents tragiques, mortels ou laissant une grave impotence fonctionnelle (lésions médullaires, thrombose vertébro-basilaire, etc.), des accidents sérieux, entraînant une incapacité totale, pendant une période de temps plus ou moins longue et laissant fréquemment des séquelles (bourdonnement d'oreilles rebelles, fractures vertébrales simples, paralysie sciatiques, etc.) et de nombreux incidents transitoires, sans gravité ; parmi ces derniers, nous citerons des céphalées, vertiges, lipothymies, bourdonnements d'oreilles et surdité passagers, précordialgies, nausées, ainsi que les exacerbations momentanées des douleurs pour lesquelles le traitement est appliqué.

Il convient ici d'attirer l'attention sur le fait que, même dans les meilleures conditions, les manipulations, notamment pour des questions de détails techniques, peuvent faire apparaître ou aggraver ce qu'elles sont par ailleurs parfois

capables de traiter.

Les manipulations vertébrales peuvent être responsables de :

- La production d'une nouvelle affection : fracture d'une vertèbre saine ou d'une côte, thrombose du tronc basilaire, etc,

- La révélation d'une affection méconnue, le plus souvent d'une façon dramatique : effondrement d'une vertèbre potitique ou métastatique, rupture d'une tumeur cérébrale, etc.

- L'aggravation d'une affection par adjonction d'autres symptômes;innombrables sont les cas où une manipulation vertébrale a aggravé une affection qu'elle prétendait guérir : exacerbation de la douleur préexistante, apparition d'une nouvelle symptomatologie (un lombalgique pur devenant un sciatalgique, une sciatique banale se transformant en sciatique paralytique, une névralgie cervicobrachiale rebelle succédant à un simple torticolis) ; installation d'un syndrome épaule-bras particulièrement rebelle à la suite de quelques manipulations effectuées par un chiropracte pour cervicalgies avec NCB (Douin).

"Nous avons vu très souvent, sans pouvoir fournir un relevé détaillé de ces cas, qui n'ont pas été fichés, l'aggravation d'une sciatique par manipulation, la transformation d'un lumbago en sciatique et l'apparition, après plusieurs

séances de manipulation, de signes contraignant à l'intervention chirurgicale". (JA. LIEVRE,

L'aggravation d'une affection par absence de traitement adéquat :

"Nous rangeons dans ce groupe notamment les maux de Pott et les sacrocoxalgies dont l'évolution est aggravée par des manipulations intempestives. Nous connaissons le cas d'une jeune fille souffrant de douleurs fessières rebelles qui fut manipulée pendant plus d'un an ; jusqu'à l'apparition de douleurs de la hanche, à l'occasion desquelles furent enfin découvertes à la fois la sacrocoxalgie (baptisée déplacement sacro-illiaque) pour laquelle elle avait été manipulée et la coxalgie qui fut la conséquence de ces manipulations obstinées.

"Nous connaissons aussi le cas d'une autre jeune fille qui, adressée de Nice à Paris avec d'excellentes radiographies pour faire confirmer par un spécialiste le diagnostic de Pott lombaire incipiens, tomba entre les mains d'un "chiropracteur", diplômé d'Université de Pal.... de Davenport, qui, ayant écarté d'un geste dédaigneux les radiographies, palpa les vertèbres, reconnut un déplacement de l'axis sur l'atlas, expliqua comment les excitations sympathiques créées par ce déplacement provoquent par réflexe la contracture lombaire, et manipula "consciencieusement" pendant six mois la région cervicale, ne cessant de promettre la guérison,

moyennant une longue persévérance.

"Après six mois, on constata que la destruction complète du disque et des deux corps vertébraux adjacents avaient remplacé un léger pincement discal du début"

(S. de Sèze,

"Ce qui n'est pas exceptionnel non plus, est de voir des patients souffrant d'une autre affection, tel un neurinome intrarachidien, qui furent traités au début de leur maladie par des manipulations vertébrales en raison de douleurs locales ou radiculaires". (J. Brihaye,

Nous avons vu récemment (Oger et Brumagne) un malade manipulé pendant plusieurs semaines par un chiropracte pour une névralgie provenant d'une tumeur médullaire devenue, à la longue, inopérable dans de bonnes conditions.

Nous connaissons également (Oger) un lombalgique par métastases prostatiques, avec effacement net d'une apophyse transverse, qui subit de nombreuses séances d'ajustement vertébral chez un chiropracte avant de recevoir l'homonothérapie indiquée.

Malgré la prudence de langage des Médecins vertébrothérapeutes avertis, combien n'y a-t'il pas de malades anxieux qui leur ont, ultérieurement, parlé de leurs vertèbres déplacées, de leur instabilité vertébrale.

Tant qu'il ne s'agit que de terminologie, il n'y a rien de bien grave ; certains malades sont cependant véritablement hantés par leurs vertèbres dérangés et se font de plus en plus fréquemment manipuler jusqu'au jour où... un manipulateur leur produira une réelle discopathie.

Si la vertébrothérapie peut exercer, quoique rarement, une influence psychothérapique, elle peut aussi être cause de véritables traumatismes psychiques, chez des sujets prédisposés.

Les nons médecins sont, en cette matière, responsables de multiples et sévères conséquences psychiques chez les petits obsédés.

Dans l'étude que nous allons faire, nous avons classé les accidents dus aux manipulations vertébrales d'après l'organe ou le système principalement intéressé et nous envisagerons successivement :

1. - Les lésions neurovasculaires centrales.
2. - Les accidents ischémiques dans le territoire vertébrobasilaire.
3. - Les dislocations et fractures vertébrales pures, les fractures d'ostéophytes.
4. - Les lésions médullaires.
5. - Le syndrome de la queue de cheval
6. - La rupture d'un disque intervertébral
7. - Les sciaticques paralysantes

- 8. - Un cas de paralysie du plexus brachial
- 9. - Les fractures de côtes
- 10. - Le purpura
- 11. - Un cas de thyrotoxicose
- 12. - Les accidents sympathiques cervicaux et ORL

I. - Lésions neurovasculaires centrales :

A côté des dégâts cérébraux dus aux thromboses artérielles post-manipulatives (voir plus loin), nous avons recueilli dans la littérature les deux observations suivantes :

Rupture d'un sinus latéral :

Une femme ayant déjà subi plusieurs manipulations chiropractiques pour des céphalées chroniques présente brusquement, au cours d'une séance, des douleurs excruciantes de la région occipitale et de la nuque, s'accompagnant de nausées, vomissement et de syncope ; une heure après, elle entre dans le coma avec faiblesse du pouls, froideur mydriase de la pupille droite et myosis de la gauche ; elle décède deux semaines plus tard.

A l'autopsie on découvre une hémorragie provenant d'une déchirure d'au moins 19 mm de longueur au niveau du sinus latéral gauche .

Le chiropracte fut reconnu coupable par les tribunaux.

Rupture de tumeur cérébrale.

Aux U.S.A., un procès fut engagé, il y a une dizaine d'années, contre un chiropracte qui, consulté par une malade présentant des cervicalgies et des céphalées, pratiqua des examens radiographiques, diagnostiqua un déplacement de deux vertèbres et fit des manipulations qui furent suivies de troubles de la marche, de la vision et des cordes vocales ; la malade aboutit à la Mayo Clinici où l'on diagnostiqua une rupture de tumeur cérébrale.

2. - Accidents ischémiques dans le territoire vertébrobasilaire.

Plusieurs observations d'accidents ischémiques dans le territoire vertébrobasilaire, succédant à des manipulations de la nuque, ont été décrits, ces dernières années.

Lorsqu'une nécrose ischémique se constitue (généralement dans la région latérale du bulbe) par une obstruction permanente soit de la vertébrale elle-même, soit de la cérébelleuse inférieure, soit des deux, on observe le syndrome de Wallenberg caractérisée par :

- du côté de la lésion : une paralysie homolatérale des muscles du palais, du pharynx et d'une corde vocale (noyaux des IX et X) ; atteinte du XI ; hémianesthésie de la face (racine descendante du noyau du V) ; syndrome de Claude-Bernard Horner (fibres sympathiques descendantes) ; hémialexie cérébelleuse avec vertiges et nystagmus (corps restiforme et cervelet)

- du côté opposé à la lésion : une diminution de la sensibilité thermique et douloureuse du tronc et des membres (faisceau spinothalamique).

Il existe trois grandes causes d'obstruction vertébrobasilaire : l'athérosclérose obstruant complètement ou partiellement l'artère se compliquant parfois de thrombose ; l'arthrose uncovertébrale, les ostéophytes refoulant l'artère dont ils réduisent le calibre ; les traumatismes, principalement ceux

portant la tête en hyperextension, comprimant l'artère sur l'atlas.

Un cas de Schwartz (1956).

Femme de 28 ans, manipulée par un chiropracte, pour un rhume de cerveau, en novembre 1954, qui présente, immédiatement après la manipulation, un syndrome de Wallenberg, sans que l'on retrouve de fracture ni de luxation, dans ce cas favorable, il y eut régression assez rapide de la symptomatologie et une récupération satisfaisante.

En France, Boudin et Barbizet décrivent une observation :

Une femme de 32 ans, qui, en mars 1957, consulte un chiropracte pour une prétendue descente d'estomac ; après la deuxième séance, elle présente divers malaises, et le lendemain elle est hospitalisée avec une atteinte du tronc cérébral s'étendant des noyaux du III aux noyaux du XII avec quadriplégie spasmodique à prédominance droite et troubles sensitifs, avec, à un plus faible degré, une atteinte cérébelleuse ; régression partielle de la symptomatologie, mais persistance d'une quadriplégie à prédominance droite ; les auteurs, au vu des résultats des diverses explorations effectuées (EEG, rayon X, artériographie, etc.) arrivent à la conclusion qu'il s'agit de thrombose partielle des collatérales du tronc basilaire.

Louis D. Boshes rapporte une série comparable de trois patients, tous de la même famille, qui, traités par le même chiropracte, présentèrent des accidents vasculaires.

Une jeune femme de 24 ans avait certainement un début de sclérose en plaques et le chiropracte fut consulté pour un engourdissement d'une extrémité supérieure.

Après la manipulation initiale, il y a paralysie complète de l'extrémité entière, vertiges, vomissements, troubles de la parole et de la vue.

Trois semaines plus tard, la mère de la patiente est manipulée par le même chiropracte qui "ajuste" la colonne cervicale avec, comme résultat, une paralysie des deux extrémités supérieures et un groupe de symptômes similaires à ceux de la fille.

C'est ensuite le père qui est manipulé et développe également des symptômes semblables.

Chez ses trois patients, il y avait des altérations radiologiques et des désordres du liquide céphalo-rachidien.

Les parents récupérèrent complètement mais la fille eut plusieurs exacerbations et rémissions de sa sclérose en plaques dans les douze dernières années et à toujours une paralysie du bras gauche.

Il est évident que des manipulations chiropractiques, généralement brutales et non dosées, peuvent produire des accidents de ce genre, surtout si elles s'adressent à des rachis fragilisés par l'une ou l'autre affection (Pott, néoplasie, ostéoporose).

L'accentuation d'un spondylolisthésis ou l'extériorisation d'une hernie discale ne sont pas des causes exceptionnelles de compression médullaire post-manipulative et Gocke (cite in Schmörl et Junghans) a étudié sur le cadavre les lésions discales produites par compression, choc, traction, flexion forcée, etc.

Bien entendu, ces divers facteurs étiologiques entraîneront des lésions très variables allant de la simple commotion médullaire transitoire à une section plus ou moins étendue de la moelle.

Sujets qui, après une manipulation avaient des troubles vestibulaires avec sensation de rotation dans le sens opposé (Decroix de Lille).

Nous en rapprocherons le cas d'Attali (1957).

Femme de 43, ans avec une ^légère cyphoscoliose non douloureuse datant de l'enfance qui, en novembre 1951, s'adresse à un chiropracte qui "pratique, de ses pouces, sur la patiente en procubitus un appui brusque et violent de la nuque". Douleurs immédiates ; mêmes manœuvres à deux nouvelles reprises ; depuis lors, syndrome de Barré-Liéou rebelle (cervicalgies, céphalées, bourdonnements d'oreilles, nausées, troubles de la vue) que l'auteur attribue à une déchirure et à une protusion d'un disque intervertébral.

Il est très curieux de constater que les éléments symptomatiques du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré-Liéou, qui apparaissent parfois après des manipulations cervicales sont les mêmes que ceux aptes à être soulagés par ledit traitement.

CONCLUSIONS :

Des observations rapportées, il apparaît clairement que, dans leur majorité, les accidents les plus graves auraient pu être évités grâce à un examen soigneux du malade, évitant de lourdes erreurs de diagnostic, et qu'ils sont dus, pour la plupart, à des manœuvres brutales pratiquées par des non-médecins.

Les manipulations vertébrales, pour intéressantes qu'elles soient, ne sont donc pas dépourvues de danger ;

il est par conséquent, nécessaire que le diagnostic de l'affection à traiter soit posé par un médecin bien au courant du domaine pathologique en cause et qu'un certain éclectisme préside à leur prescription.

Comme il s'agit de manœuvres de force - très différentes d'un simple massage ou d'une mobilisation ordinaire - le mouvement étant porté au-delà de la course physiologique normale, et, qu'en outre, la technique à appliquer doit être précisée à chaque séance selon les réactions du malade, il est indispensable que leur exécution soit confiée à un médecin entraîné, à l'exclusion de tout aide.

La manipulation vertébrale est un acte essentiellement médical qui ne peut, en aucune façon, être pratiqué par un non médecin."

Si nous avons emprunté de très larges extraits à ce remarquable article et ce malgré l'impression pénible que sa lecture peut laisser, c'est pour rappeler :

- Que ces accidents sont le fait de NON MEDECIN et pour l'immense majorité de CHIROPRACTEURS, ces mêmes gens qui voudraient en France bénéficier d'un statut légal !...

Que nous ne sommes pas d'accord avec les auteurs de cet article quand parlant des manipulations vertébrales ils disent "Comme il s'agit de manœuvre de force".

En aucun cas une manipulation vertébrale faite par un Médecin entraîné ne représente une manœuvre de force. Nous avons dit : "L'unité fonctionnelle vertébrale à manipuler est placée dans une position d'équilibre instable ; la rupture de cet équilibre instable en déséquilibre contrôlé ne demande jamais l'application d'une manœuvre de force ; c'est une question de technique et de préparation du malade.

Nous rapportons 4 cas observés dans le service durant l'élaboration de cette thèse . Il s'agit la aussi de manipulations aussi illégales qu'intempestives et qui sont le fait de NON MEDECIN. Ces quatre observations montrent bien qu'une manipulation vertébrale thérapeutique manuelle doit sanctionner un diagnostic qui ne peut être fait que par un Médecin.

1er Cas : - Dossier 2364

Il s'agit d'une malade de 40 ans qui présentait une lombalgie aiguë. Pressée par son entourage elle se rend chez un kinésithérapeute qui pratique une manipulation - résultat : paraplégie flasque durant trois jours.

La radiographie pratiquée dans le Service montre à l'évidence un effondrement d'une vertèbre tumorale.

2ème cas - Il s'agit d'un malade de 50 ans qui vient consulter pour lombalgie chronique rebelle, a eu des manipulations pratiquées par un Kinésithérapeute. Ici encore la radiographie montre d'une façon démonstrative une discospondylite pottique dorso-lombaire.

3ème cas - Dossier 2I95

Il s'agit d'une malade de 27 ans qui présente début janvier 1965 un lumbago aigu ; elle consulte un chiropracteur et après deux manipulations vertébrales (abaissement du bassin, remise en place de plusieurs vertèbres) apparition rapide d'une sciatique droite SI hypéralgique (nous rapportons l'observation page

4ème cas - Dossier 92I

Il s'agit d'un dossier plus ancien.

C'est une malade de 27 ans qui à la suite d'une lombalgie rebelle consulte un chiropracteur puis une sœur guérisseuse qui là manipule.

Les radios pratiquées ont montré un abcès du psoas et un mal de Pott au niveau de L4 qui a nécessité une intervention chirurgicale.

NOS ACCIDENTS

Pas plus que MAIGNE et Thierry MIEG nous n'avons d'accident à déplorer, concernant les 140 malades qui constituent cette thèse.

LES INCIDENTS :

Ils ont été réduits à deux réactions hypéralgiques post-manipulatives précoces.

Les incidents bénins neuro-végétatifs, sensation de chaleur ou de froid, tremblements, crises de larmes sont rares.

L'aggravation passagère de la douleur plus diffuse qui n'empêche pas les mouvements et qui est suivie d'amélioration est plus habituelle.

NOS OBSERVATIONS

LES INDICATIONS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES

LEURS RESULTATS

Toute la pathologie rachidienne qui reconnaît une étiopathogénie disco-vertébrale ou disco-radiculaire commune est susceptible d'être traitée avec succès par les Manipulations vertébrales.

Nous présentons les indications des manipulations vertébrales puis les observations des malades qui s'y rattachent.

On verra à la lecture des observations que ces malades ont été pour la plupart hospitalisés après échec du traitement médical et même pour certains du traitement spécialisé par tractions sur table de vertébrothérapie.

Pour bien montrer l'action souvent immédiate de la manipulation vertébrale nous avons donné des chiffres de mensuration avant et immédiatement après la manipulation, la rapidité de la modification des symptômes est évidente. C'EST CE QUI PERMET D'AFFIRMER QUE LA GUERISON EST DANS LES CAS POSITIFS DUE A LA SEULE TECHNIQUE MANIPULATIVE.

Tous les malades ont été examinés à l'entrée puis après le traitement par manipulation par le Chef de Service ou ses Adjoints.

Le compte rendu final du traitement manipulatif pour chaque malade est toujours de Monsieur le Professeur VIGNON ou de l'un de ses adjoints.

LE LUMBAGO

LE LUMBAGO AIGU :

Parfois premier symptôme d'un malade sans antécédent vertébral, quelquefois survenant après l'apparition d'une lombalgie chronique discrète, la cause déclenchante est le plus souvent l'effort en flexion, mais tous les mouvements de la colonne lombaire peuvent produire un lumbago aigu.

Nous ne reviendrons pas sur l'étiopathogénie discale, fissuration plus ou moins prononcée des lamelles discales et migration de la substance nucléaire, la participation des articulations interapophysaires postérieures avec blocage possible du ménisque intra-articulaire.

On observe souvent une irradiation névralgique sciatique ou crurale parfois abdomino-génitale, parfois atypique para ombilicale.

La manipulation représente le traitement de choix, le seul vraiment électif qui soit capable d'agir au niveau de l'unité fonctionnelle en cause dans le sens contraire de la douleur. AUSSI LES RESULTATS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES SONT ILS CONSTAMMENT BONS OU TRES BONS.

Nous avons manipulé une ou deux fois 21 malades ; 14 hommes et 7 femmes répartis entre 26 et 60 ans dont la

plupart avaient des signes cliniques marqués (raideur intense, Schober IO/I2 - Lasègue lombaire).

Le résultat est le plus souvent spectaculaire dès que la manipulation vertébrale est pratiquée, on assiste à une régression immédiate de tous les symptômes.

C'est sûrement aux lumbagos aigus que l'en doit la réhabilitation des manipulations vertébrales par les résultats constamment bons observés et la guérison quasi-immédiate obtenue.

OBSERVATIONS DES LOMBALGIES

RO.. Charles

44 ans

C.

ANTECEDENTS - 1954

Accident de voiture avec traumatisme cervical.

17 JANVIER 1965

Nouvel accident de voiture depuis cette époque. Lombalgie chronique et vertiges avec changement de position brusque de la tête.

19 JUILLET 1965

Depuis 15 jours s'est greffé sur la phase chronique un épisode lombalgique sur-aigu. Le malade marche avec une canne à cause de la raideur douloureuse. Schober IO/II - Impulsion à la toux.

27 JUILLET 1965

Après deux manipulations disparition de la douleur lombaire permanente et de l'impulsion à la toux - reprise d'une marche normale.

Une manipulation vertébrale au niveau de C2 a fait disparaître instantanément l'impression vertigineuse ressentie au changement de position brusque de la tête.

Revu Mars 1966 - Résultat confirmé et parfaitement maintenu.

P... Colette

30 ans

C.

20 NOVEMBRE 1965 - Cette malade de 30 ans, sage-femme, est hospitalisée à LYON, car elle présente depuis un mois et demi une lombalgie sub-aiguë avec un fond douloureux lombaire gauche permanent qui a résisté aux traitements médicaux, mais surtout depuis 15 jours des crises parosystiques nocturnes qui réveillent la malade aux environs de 4 heures du matin, entraînant une insomnie pénible. Après élimination d'une cause organique, tel un neurinome, le malade nous est confiée.

- Lasègue lombaire 70° à droite, douleur élective au niveau de l'articulaire L2/L3 droite.

25 NOVEMBRE 1965 : Après deux manipulations on note une disparition de tous les symptômes et particulièrement de la douleur nocturne.

AVRIL 1966 : Résultat confirmé - n'a jamais resouffert.

IANN.... Virginia

40 ans

Dossier 2I75

Lumbago qui remonte à 5 ans (décembre 1960) , six mois après le premier accouchement - traité médicalement avec de des séances de rééducation.

AVRIL 1964 : Lombalgie trainante sub-aiguë depuis un an malgré rééducation, massage, physiothérapie.

Depuis janvier 1965 récurrence d'un lumbago avec impotence fonctionnelle de plus en plus marquée.

13 AVRIL 1965 - Hospitalisation dans le Service.

Scoliose antalgique lombaire gauche, importante contracture - Schober IO/I2 - pas d'irradiation sciatique mais cruralgie gauche.

On pratique deux manipulations qui font immédiatement rétrocéder la lombalgie et la cruralgie.

22 AVRIL 1965 - Professeur Vignon

Va très bien - souple - examen aujourd'hui négatif.

VI.... Jean Joseph

27 ans

Dossier 3I37

Il s'agit d'un malade de 27 ans adressé dans le Service pour syndrome douloureux parasystique lombo-abdominal par son Médecin traitant.

Histoire actuelle : A débutée le 10 juin 1965 par une douleur de la fosse lombaire permanente - traité par optalidon - Napazon - massages - aucun résultat.

LE 17 JUIN - Douleur violente au niveau des deux reins, ainsi qu'au niveau des deux zones abdominales tout à fait symétriques, situées au-dessous de l'ombilic.

18 JUIN - Hospitalisation à Roanne.

Traitement Nozinan - amélioration de 15 jours - bilan complet pratiqué : UIV - estomac - vésicule - lavement baryte négatif.

2 JUILLET 1965 - Rentre chez lui, reprend son travail, va bien durant 15 jours.

20 JUILLET 1965 - Reprise de violentes douleurs nécessitant la morphine, et le malade est adressé dans le Service après une nouvelle crise - fond douloureux lombaire gauche permanent.

2 AOUT 1965 - A l'entrée dans le Service - Professeur VIGNON

Aujourd'hui le malade révèle seulement une certaine paleur - une couleur carotinémiqque au niveau des paumes des mains - une douleur vive paravertébral localisée au niveau de L2/L3 à gauche - un syndrome dépressif et anxieux.

L'origine vertébrale est possible, mais la colonne est souple et n'expliquerait pas l'amaigrissement. La paleur fera éliminer une affection hématologique mais la V.S. est rassurante.

On vérifiera à tout hasard les porphigries dans les urines.

Ce n'est que si les examens biologiques et radiologiques sont rassurants que l'on admettra le diagnostic de lombalgie majorée par le syndrome dépressif.

Le malade nous est confié le 2 Août 1965.

L'examen vertébral montre une douleur élective sonnette au niveau de l'articulaire gauche L2/L3 reproduisant typiquement la douleur du malade.

Deux manipulations à 5 jours d'intervalle font disparaître complètement le fond douloureux permanent et les signes d'examen.

9 AOUT 1965 - Malade guéri par deux manipulations malgré son aspect atypique - la douleur d'origine vertébrale est liée à une discopathie L2/L3.

DU... Jean

38 ans

Dossier 2206

21 JUIN 1965

Lumbago aigu chez un carrossier - reprise du travail 15 jours après . A fait 30 séances de massage et rééducation (qui ne paraissent pas effectives, abdomen de sanglé, après 30 séances chez un malade ne sachant pas corriger son bassin en lordose corrigée alors qu'il se présente en hyperlordose).

Aujourd'hui colonne raide - Schober IO/I2,5 - Pouce sol 40 - Attitude antalgique lombaire droite.

5 NOVEMBRE 1965 - Après manipulation :

- Schober IO/I4 - P.S. 29 cm - plus d'impulsion à la toux ni d'attitude antalgique.

12 NOVEMBRE 1965

Ce malade qui allait bien a rechuté brutalement (faux pas en descendant d'un trottoir) depuis douleur paravertébrale permanente.

Une manipulation fait rentrer le tableau clinique dans l'ordre.

26 NOVEMBRE 1965 - Disparition complète de la Lombalgie.

FER..... Antoine

31 ans

Dossier 32I3

2 NOVEMBRE 1965 : Cet homme de 31 ans souffrait depuis un mois d'une sciatique. Après 10 tractions il va beaucoup mieux, mais il persiste une douleur permanente para vertébrale gauche qui gêne le malade, qui augmente à la flexion du tronc et qui est responsable d'un Lasègue lombaire gauche violent à 70°. C'est pour cela que le malade nous est confié (persistance de la Lombalgie).

4 NOVEMBRE 1965 :

Une manipulation fait disparaître immédiatement la douleur persistante. Lasègue lombaire gauche fin de course.- P.S. 24 cm.

FAN..... Henri

49 ans

14 AOÛT 1965 - Ce malade de 49 ans - lombalgique ancien souffre depuis 15 jours d'une rechute lombalgique aiguë avec impotence fonctionnelle totale.

- Schober IO/IO

- Irradiation crurale gauche

20 AOÛT 1965 - Professeur VIGNON

A été transformé par deux manipulations.

Aujourd'hui est/guéri - colonne souple et droite.

CR...Jean

29 ans

Dossier 3262

22 DECEMBRE 1965

Cet homme de 29 ans qui souffre depuis 1964 de lombalgies récidivantes a présenté à l'automne 1964 un épisode qui a duré un mois.

Actuellement depuis 10 jours lombalgie aiguë avec des douleurs intenses lombaire gauche.

- Schober IO/IO - Lasègue lombaire gauche 40°.

Une manipulation vertébrale au niveau du point douloureux électif L2/L3 à gauche fait disparaître la douleur permanente et le Lasègue lombaire.

31 DECEMBRE 1965 - Va très bien - ne souffre plus - examen négatif.

RO... Jacques

36 ans

C.

Ce malade de 36 ans souffre depuis trois ans de lombalgie chronique avec une douleur lombaire apparaissant en fin de journée à la fatigue.

FIN AOUT 1965 : Lumbago aigu d'effort après avoir soulevé un sac de 60 kgs, dès que la douleur est moins violente le malade participe à un concours hippique et nous le voyons le :

2 SEPTEMBRE 1965 avec un lumbago suraigu - Schober IO/IO - Attitude antalgique scoliotique marquée gênant considérablement la marche - impulsion à la toux - douleur permanente para vertébrale gauche avec légère irradiation dans la cuisse gauche.

La douleur est élective au niveau de l'articulaire L4, L5 à gauche.

8 SEPTEMBRE 1965 - Complètement guéri par deux manipulations examen clinique négatif.

MARS 1966 - Ce malade a été revu. La guérison est confirmée - disparition de la lombalgie chronique malgré la reprise d'une activité normale et des concours hippiques.

SE... Elisabeth

26 ans

Dossier II52

Depuis 1960 cette malade souffre de lombo-sacralgies persistantes. La malade est hospitalisée en Mars 1961, mais malgré le traitement médical et de kinésithérapie aucun soulagement n'est obtenu. La poursuite du traitement médical et de la kinésithérapie avait enfin fait disparaître ses douleurs durant l'année 1964.

Réapparition de la sciatique fin 1964 avec amaigrissement - douleur sacro-iliaque gauches permanentes avec crises paroxystiques lancinantes nocturnes entraînant l'insomnie.

2 AOÛT 1965 - Nouvelle hospitalisation -

Les examens cliniques et para-cliniques sont normaux V.S. UIV - NF - Addis etc.

La malade nous est confiée. L'examen vertébral révèle une douleur élective au niveau de l'articulaire gauche de L2/L3 rappelant nettement la douleur nocturne de la malade et augmentant la douleur permanente habituelle.

6 AOÛT 1965 - La douleur permanente lombo sacrée gauche avec recrudescence a été totalement supprimé par une manipulation.

PE... Michel

28 ans

Dossier 3089

Histoire de la maladie : Lombalgique ancien depuis 1962 à la suite d'un effort en accident du travail.

15 MAI 1965 : - Lumbago aigu après un nouvel effort - Tranco-pal calcium - stérogyl - Vit. B1, B12 - massages et ondes courtes sont autant d'échecs qui conduisent le malade à être hospitalisé.

3 JUILLET 1965 - A l'entrée

Malade qui se présente comme un lombalgique chronique, avec une dorsalgie paravertébrale droite à hauteur de D2.

On nous le confie pour manipulation.

Deux manipulations à ces deux niveaux D2 et L4 entraînent une cédation totale, le malade touche ses pieds et ne souffre plus.

2 JUILLET 1965 - Une manipulation entraîne sur le champ la possibilité de toucher le sol impossible auparavant.

Va très bien - ne souffre plus, peut sortir fera kinésithérapie chez lui.

JA... Marcel

38 ans

3 MAI 1966 :

Depuis un an ce malade présente tous les deux à trois mois un lumbago d'effort. Le dernier est survenu le 16 Janvier 1966. L'amélioration par le traitement médical et les élongations (fait dans la Drôme) n'a été que partielle et c'est ce qui motive l'hospitalisation à LYON.

A l'entrée :

- Schober IO/I3 - P.S. 45 cm - Lasègue lombaire gauche 75° - scoliose antalgique discrète.

Mais il existe une douleur permanente lombaire gauche qui gêne beaucoup le malade, avec impulsion à la toux.

4 MAI 1966 - On pratique une manipulation vertébrale et immédiatement la distance P.S. 45 cm passe à P.S. 0 avec disparition de l'impulsion à la toux.

9 MAI 1966 - Après deux manipulations vertébrales colonne lombaire souple - Schober IO/I5 - sans attitude antalgique - plus de Lasègue - ne souffre plus.

CL... Roger

38 ans

C.

ANTECEDENTS : Depuis trois ans ce malade présente un lumbago aigu par an, très violent, durant 15 jours à trois semaines.

27 AVRIL 1966 - Le malade se présente en position antalgique lombaire gauche - douleur lombaire avec irradiation sciatalgique permanente - impulsion à la toux - l'impotence fonctionnelle est marquée.

- Schober IO/I3 - P.S. 52 cm

On pratique une manipulation vertébrale.

- Schober inchangé IO/I3,5 mais P.S. 31 cm.

Disparition immédiate de l'impulsion à la toux.

7 MAI 1966

Revu après une manipulation vertébrale - va très bien - Schober IO/I4 - P.S. 21 cm - ne souffre plus.

MO... Marie-Rose

41 ans

Dossier 2277

13 AOUT 1965 -

Il y a douze jours à la suite d'un effort en flexion, violentes douleurs lombaires immédiates - impotence fonctionnelle absolue - La malade ne peut faire, seule, que trois à quatre pas - hospitalisation après échec du traitement médical anti-inflammatoire et antialgique.

A l'entrée : Schober IO/I2 - Scoliose antalgique - Sciatalgie droite - Lasègue lombaire 70° - Controlatéral 80°.

Dès la première manipulation la malade se redresse et peut marcher seule.

20 AOUT 1965 - Professeur VIGNON

Transformée par deux manipulations qui ont fait disparaître un lumbago suraigu qui durait depuis douze jours.

DE.... Jean

53 ans

C.

22FEVRIER 1966 - Il s'agit d'un malade de 53 ans - lombalgique ancien - travaillant comme manutentionnaire - qui a présenté il y a huit jours en soulevant une charge un lumbago aigu. L'impotence fonctionnelle est marquée - fond douloureux permanent - lombaire gauche.

- Schober IO/I4 - P.S. 50 cm.

Dès la première manipulation la distance P.S. passe à 29 cm.

21 MARS 1966 - Revu - résultat maintenu - P.S. 30 cm
Disparition de la douleur permanente - colonne souple.

RA.... Marguerite

56 ans

C.

1er AVRIL 1966

Cette malade de 56 ans qui souffre de lombalgie depuis six ans présente depuis trois semaines un lumbago aigu avec impotence fonctionnelle marquée - douleurs nocturnes.

Attitude antalgique croisée - sciatalgie droite - Schober IO/I2.

10 AVRIL 1966 : - Dès les deux manipulations vertébrales va beaucoup mieux - disparition de l'attitude antalgique et de la douleur nocturne.

15 AVRIL 1966 - Examen aujourd'hui négatif.

DU... Michel

38 ans

Dossier 3178

ACCIDENT INITIAL - Chute en 1956 , apparition dans le descours d'un lumbago aigu qui a duré sept mois au dire du malade.

20 SEPTEMBRE 1965 : Depuis 10 Août 1965 récursive. Aujourd'hui Schober IO/II - Le malade se présente en flexion du tronc, marchant avec une canne.

Une manipulation vertébrale fait se redresser immédiatement le malade qui peut marcher normalement.

1er OCTOBRE 1965 - Amélioration spectaculaire après une manipulation ; mais éphémère. Comportement névrotique. Actuellement algies affirmées persistantes mais Schober IO/I3.

CA... Ginette

41 ans

Dossier 2232

DEPUIS 1957 : Souffre de lombalgies récidivantes.

Depuis deux chutes, début 1964, présente une sciatique gauche intermittente SI.

Cesse son travail de Mars à Mai pour sciatique - Traitement médical inefficace - deux elongations ont été mal supportées - améliorée par une épidurale.

Nouvelle rechute motivant l'hospitalisation.

30 JUIN 1965 - A l'entrée :

- Schober IO/I3 mais lombalgie violente. La malade se relève en prenant appui sur ses genoux à la façon des myopathes. Le Lasègue gauche est en fin de course, la douleur spontanée lombaire gauche violente.

Dès la première manipulation la malade touche ses pieds et se relève normalement.

7 JUILLET 1965 : Après deux manipulations, très améliorée
N'a plus de Lasègue gauche - Souplesse lombaire bonne - Schober IO/I4 - surtout se relève normalement.

PA.... Emilienne

54 ans

Dossier 2227

ANTECEDENTS - LE 7 JANVIER 1965

En déposant à terre une caisse de 30 Kgs, la malade entend un craquement lombaire et reste bloquée en flexion. Lombalgie aiguë - douleurs permanentes - impulsion parosystique à la toux - échec du traitement médical - butazolidine Ondes courtes - Hydroxo 5000.

16 JUIN 1965 - Depuis six mois la malade souffre de lombalgies - le fond douloureux est permanent, exacerbé à la toux.

Lasègue lombaire gauche en fin de course - Schober IO/I3 - Scoliose antalgique lombaire droite -

On nous confie cette malade.

La douleur est élective au niveau de L4.

Dès la première manipulation la malade touche ses pieds.

23 JUIN 1965 - Amélioration dès la première manipulation confirmée après la seconde - ne souffre pratiquement plus - souplesse normale - Schober IO/I5 chez cette malade qui souffrait depuis six mois.

PE... Jean-Marie-

60 ans

Dossier 3148

Ce malade de 60 ans, maçon, présente une lombalgie chronique ancienne avec épisodes aigus fréquents.

13 AOÛT 1965 - Entre dans le service.

Depuis 15 jours lumbago aigu à la suite d'une chute sur le talon en déséquilibre. L'échec du traitement médical amène le malade à l'hôpital.

A l'examen : Schober IO/I3 - Scoliose lombaire droite - colonne assez raide - Lasègue lombaire bilatéral.

On pratique deux manipulations.

28 AOÛT 1965 - Va mieux - Garde une scoliose antalgique.

MA... Joseph

28 ans

Dossier 2919

1957 - Lumbago d'effort

1963 - Trauma lombaire au cours d'une partie de rugby -
impotence fonctionnelle marquée.

4 DECEMBRE 1965 - A l'entrée dans le Service.

Depuis huit jours lombalgie aiguë après traumatisme sportif. Discrète sciatalgie droite. - Raideur intense - Schober IO/II, 5 - Inclinaison antalgique croisée - Lasègue lombaire droit 50°.

6 DECEMBRE 1964 - Professeur VIGNON

La manipulation faite le 4 décembre 1964 a entraîné une amélioration immédiate. Aujourd'hui le malade est guéri - ne souffre presque plus - Pas de Lasègue.

LES SCIATIQUES

Nous avons manipulé III sciaticques :

70 hommes et 40 femmes, échelonnés entre 24 et 61 ans dont le temps d'évolution variant des formes hypéralgiques datant de 10 jours aux formes aiguës de deux à trois mois en moyenne.

- 73 ont été manipulées avec succès, soit très bon soit bon résultat.

- 62 l'on été après échec des traitements médicaux (27 avaient un Lasègue égal ou inférieur à 45°)

- 11 ont été manipulées avec succès après échec des tractions sur table de vertébrothérapie.

NOS ECHECS :

- 6 ont récidivées après manipulation

- 12 ont été manipulées deux fois sans résultat notable.

- 20, enfin ont été manipulées avec ou sans résultat immédiat, puis devant l'évolution et malgré d'autres traitements ont été opérées.

SUCCES : 73

ECHEC: 38

POURCENTAGE DE REUSSITE: 65%.

DE SEZE & Thierry MIEG : 75 % - R. MAIGNE 75 %.

L'étude des résultats amène deux sortes de remarques :

- La Manipulation vertébrale est vraiment le traitement de choix agissant électivement au niveau du conflit discoradiculaire.

Il n'est pas rare de voir un Lasègue à 30° passer à 60° dans les minutes qui suivent la manipulation.

Sur les 72 sciatiques manipulées avec succès 11 avaient eu une moyenne de 6 à 8 tractions sur table de vertébrothérapie ; la encore deux manipulations agissant ELECTIVEMENT sur l'unité fonctionnelle en cause amène un résultat parfois spectaculaire, ce qui démontre qu'une manipulation est une action thérapeutique parfaitement LOCALISEE.

LES MANIPULATIONS VERTEBRALES EMPLOYEES COMME TEST THERAPEUTIQUES.

Nous étant donné deux manipulations vertébrales pour avoir du résultat nous avons 20 sciatiques qui par la suite ont été opérées ; nous avons considéré ces cas comme des échecs ; ces observations ne manquent toutefois pas d'intérêt, car après échec total de deux manipulations ces malades ont eu pour la plupart 6 à 12 tractions sur table de vertébrothérapie, des infiltrations épidurales, ont porté un lombostat plâtré ou baleine et devant l'échec de tous ces traitements l'intervention décidée a montré que l'on se trouvait en présence d'une importante lésion discale souvent ex-

tériorisée qui était au-dessus de la thérapeutique médicale.

Voici l'étude faite par CHRISMAN, MITTNACHT et SNOOK (7) portant sur 30 sujets atteints de sciaticques d'origine discale, rebelles au traitement médical. Les auteurs en fait à ces malades une myélographie, puis immédiatement après une manipulation vertébrale en rotation sous anesthésie générale, puis une nouvelle myélographie ; ils ont obtenu une très nette amélioration chez les malades qui n'avaient pas d'image de protrusion discale à la myélographie initiale. Mais il y a eu des améliorations chez des malades à myélographie positive (sans que cette image ne soit modifiée après la manipulation vertébrale).

Nous avons également pratiqué des manipulations vertébrales en rotation et nous avons la même opinion que ces auteurs.

Il est des hernies discales un peu comme pour les hernies inguinales sans doute.

Les trajets fistuleux au travers des lamelles discales doivent conditionner le problème de la récurrence et de la réintégration, plus il est large plus la hernie doit être labile.

Mais il se trouve aussi de grosses hernies qui s'étranglent sous ou à travers le ligament vertébral postérieur

arrivant à perdre droit de cité et exposant aux troubles neurologiques ; et c'est dans ces cas qui sont chirurgicaux que DEUX MANIPULATIONS VERTEBRALES PEUVENT CONSTITUER UN TEST THERAPEUTIQUE EN CAS D'ECHEC COMPLET et faire envisager la possibilité d'une hernie discale extériorisée (que n'améliore pas d'ailleurs traction, repos, plâtre et lombostat), comme l'ont bien montré les comptes rendus opératoires des 20 observations citées.

SCIATIQUES MANIPULEES AVEC SUCCES

PE.... Madeleine

36 ans

Dossier 2228

Après échec - infiltration - gymnastique - traitement médical.

19 MAI 1965 - Hospitalisation

Il s'agit d'une malade de 36 ans qui se plaint depuis un an d'une sciatique droite de type SI atypique parce que sans raideur vertébrale, sans abolition de l'Achilléen et surtout parce que la douleur irradie en avant vers le vagin et dans la région obturatrice.

L'examen gynécologique - la P.L. - la V.S. et l'U.I. V. le lavement baryté sont normaux.

Il faut conclure, devant l'image radiologique, à une discopathie L5 SI et sans doute lombaire supérieure. On essaie manipulations.

On pratique deux manipulations :

Après la 1ère, au niveau de L2/I3, disparition de l'algie génito-crural droite.

Amélioration très nette de l'algie subjective sciatique après la seconde.

2 JUIN 1965 : Professeur VIGNON

La douleur génito-crural a disparu après manipulation souffre moins de sa névralgie sciatique.

MA.... Paul

39 ans

Dossier 3141

28 JUILLET 1965 - A l'entrée dans le Service :

Il s'agit d'un homme de 39 ans qui présente une sciatique droite de type L5.

Gros signes objectifs - scoliose antalgique croisée - Schober IO/I2 - Lasègue droit 60° .

Il s'agit d'une rechute d'accident du travail en février 1965 - rechute hypéralgique au mois de Mai.

On pratique trois manipulations.

18 AOUT 1965 - Va beaucoup mieux - n'a plus de scoliose antalgique.

n'a plus de raideur vertébrale - Lasègue en fin de course.

4 DECEMBRE 1965 - CONFIRMATION

Amélioration depuis sa sortie - garde quelques douleurs - reflexes normaux - Lasègue en fin de course - mais pas de Flapping-test chez ce malade en A.T. - colonne souple.

BE... Félix

39 ans

Dossier 3030

ANTECEDENTS : Chute de 5 m en 1947 - lombalgie aiguë trois mois - 1950 - Néphrite aiguë - 1952 - Sciatique gauche - 1959 - Ablation d'un calcul rénal gauche.

HISTOIRE ACTUELLE - Accident du travail en soulevant une poutre - lombalgie depuis janvier 1965 - lombosciatique gauche hypéralgique - Palfium radiothérapie.

26 MARS 1965 : - Hospitalisation

Evoluant depuis deux mois sciatique gauche avec Lasègue gauche 35° - Schober IO/II.

Après deux manipulations :

7 AVRIL 1965 : - Aujourd'hui va beaucoup mieux - Lasègue gauche 70° - colonne reste raide - Schober IO/I3.

On entreprend des tractions.

12 AVRIL 1965 - Etat stationnaire - avant d'envisager un méthiodal et acte chirurgical - les tractions sont mal supportées - on reprend une à deux manipulations avant le départ.

5 JUIN 1965 - Etat stationnaire - Lasègue gauche toujours à 75° mais dit aller beaucoup mieux et peu souffrir - sort avec lombostat.

RI..... Geneviève

40 ans

Dossier 243I

28 FEVRIER 1966 - Cette femme de 40 ans présente :

I°/ des manifestations psychonévrotiques certaines avec épisode dépressif depuis 1953 et troubles mineurs depuis (TICS MYOCLONIES).

2°/ des algies vertébrales récidivantes depuis six ans dont l'organicité ne paraît pas douteuse, avec sciaticque droite récidivante dont le dernier épisode est survenu début janvier 1965, quinze jours après la fin d'un traitement par radiothérapie.

A l'entrée : Schober IO/I2 - Scoliose antalgique crissée - Lasègue droit 45° - Controlatéral 70° .

La malade nous est confiée et l'on pratique deux manipulations.

4 MARS 1966 - L'amélioration obtenue après la première manipulation est confirmée par la seconde. Aujourd'hui le Lasègue droit est à 80° - Schober IO/I3,5 - n'a plus de douleurs sciaticques - persistance d'une lombo-sacralgie au mouvement de torsion.

CHA.... Marie-Antoinette 44 ans

Dossier 2296

25 AOUT 1965 - Cette malade de 44 ans présente une sciaticque droite très sévère évoluant depuis un mois - malgré repos anti-inflammatoire.

Schober IO/IO - Scoliose lombaire gauche - Lasègue droit 40° - Controlatéral 40° .

6 SEPTEMBRE 1965 - Après IO tractions va mieux mais garde un Lasègue bilatéral à 80° et une petite scoliose lombaire gauche.

On essaye deux manipulations.

13 SEPTEMBRE 1965 - Professeur VIGNON

Va mieux après deux manipulations - n'a plus de Lasègue mais a de la peine à rester assise, souffre encore à la station debout.

A noter l'apparition d'une phlébite du mollet gauche dans le descours de la deuxième manipulation.

PE.... Gastano

34 ans

Dossier 3167

3 SEPTEMBRE 1965 : - Il s'agit d'un homme de 34 ans qui présente une sciaticque L5 droite depuis deux mois.

A l'entrée : Lasègue droit 20° - Contrilatéral 60°

6 SEPTEMBRE 1965 - Professeur VIGNON

A été amélioré par une manipulation car le Lasègue est à 45° à droite, à disparu à gauche. Il n'a plus de scoliose. Schober IO/I2.

13 SEPTEMBRE 1965 - Professeur VIGNON

Après trois manipulations : Lasègue 70° -

On essaie un complément de traction;

20 SEPTEMBRE 1965 - Professeur VIGNON

Les tractions ont réveillé la douleur. On les arrête.

13 DECEMBRE 1965 : - Devant la persistance des douleurs nocturnes subjectives on pratique un méthodal qui est normal - le Lasègue est en fin de course - la colonne est souple - on conseille la reprise du travail.

EY... Alexis

44 ans

Dossier 2293

29 DECEMBRE 1962 - Hospitalisation

Présente depuis un mois une sciatique gauche de topographie imprécise - Lasègue en fin de course.

Après 7 tractions va bien - ne souffre plus - pas de signe objectif.

8 JUIN 1963 : - Revu, se plaint toujours de lombalgies persistantes.

21 JUILLET 1965 : - Après un lumbago aigu - après effort pour soulever une voiture - traité sans succès par le repos - vitamine BI - Isothinaïddine - apparaît au bout de 10 jours une sciatique gauche.

A l'entrée : Lasègue gauche 40° - Schober IO/I2.

On pratique immédiatement une manipulation - Le Lasègue passe à 60° - Schober IO/I3.

24 JUILLET 1965 : - Part guéri après une manipulation

Conserve une discrète raideur - Schober IO/I3.

RO.... Gisèle

48 ans

Dossier 2247

2 JUILLET 1965 - A l'entrée dans le Service il s'agit d'une malade de 48 ans qui souffre de lombalgies depuis l'âge de 27 ans avec sciatique récidivante L5 depuis 5 ans.

31 MAI 1965 - Aujourd'hui :

Schober IO/I2 - Lasègue gauche 80° - Controlatéral fin de course .

On pratique deux manipulations.

7 JUILLET 1965 - Amélioration confirmée :

Lasègue fin de course (gauche) - Disparition du Controlatéral - Quelques douleurs nocturnes - mais garde une raideur nette . La malade refuse les infiltrations.

JA... Bernard

38 ans

Dossier 3072

ANTECEDENTS : Lumbago aigu il y a cinq ans - souffre de lombalgies depuis six mois - A vu apparaître le 19 Juin 1965 une sciatique droite de type L5 très douloureuse.

A L'ENTREE le 30 JUIN 1965 :

Lasègue 45° - Scoliose croisée - Douleur sciatique subjective permanente .

Après une manipulation, disparition de la douleur permanente.

12 JUILLET 1965 - trois manipulations.

Va beaucoup mieux - Lasègue fin de course à droite Scoliose croisée persistante.

AVRIL 1966 - REVU - GUERI.

PL.... Emile

45 ans

Dossier 3090

5 JUILLET 1965 - Hospitalisation

Cet homme de 45 ans présente des lombalgies à répétition depuis une quinzaine d'années et depuis dix jours une sciatique SI avec :

Schober IO/I2 - Scoliose directe - Lasègue gauche à 60° - Controlatéral en fin de course.

Nous pratiquons deux manipulations.

9 JUILLET 1965 : - Professeur VIGNON

Après une manipulation et une épidurale va beaucoup mieux et le Lasègue est en fin de course des deux côtés.

12 JUILLET 1965 : - Plus de Lasègue - colonne souple.

WA... Jacqueline

30 ans

Dossier 2269

Lombalgies aiguës depuis l'âge de 16 ans.

Histoire actuelle : - Depuis sept mois épisode lombalgique récidivant se rapprochant.

Sciatique gauche SI depuis 10 jours hypéralgique.

28 JUILLET 1965 : A l'entrée -

Souffre beaucoup - Lasègue gauche 40° - Controlatéral 60° - Raideur rachidienne intense - Schober IO/I2,5 P.S. 64 cm - Scoliose directe .

Une manipulation pratiquée le jour même donne immédiatement : Lasègue gauche 70° - Disparition du controlatéral - P.S. 32 cm

A noter l'apparition de la menstruation dans les heures qui suivent la manipulation avec six jours d'avance sur le cycle normal.

6 AOUT 1965 : - Très améliorée par la première manipulation, le traitement a été complété par une seconde manipulation et une épidurale.

N'a plus de douleur à la toux - Le Lasègue est passé à 80 ° à gauche - N'a plus de controlatéral - Schober IO/I3- quelques douleurs intermittentes du mollet gauche.

RO.... André

53 ans

Dossier 3284

Ce malade de 53 ans, lombalgique depuis deux ans - a présenté début novembre 1965 un lumbago aigu avec impotence fonctionnelle marquée et impulsion à la toux - puis apparition d'une sciatique droite de type SI avec parésie des muscles releveurs du pied. Il arrête son travail suit un traitement médical et le 14 Décembre 1965 survient une phlébite de la jambe droite.

14 JANVIER 1965 : - Après traitement de la phlébite on nous confie le malade.

- Lasègue droit 40° - pas de controlatéral

La première manipulation fait passer le Lasègue à 60° - La seconde le fait passer à 75°.

21 JANVIER 1966 : - Professeur VIGNON

Aujourd'hui après deux manipulations le Lasègue est à 75° - la paralysie du S.P.E. est des plus discrète .

ES.. Roger

43 ans

Dossier 3277

12 JANVIER 1966 : - Cet homme de 43 ans qui a fait une lombalgie aiguë en 1958 et une seconde en 1965 présente depuis un mois une sciatique droite de type L5 d'installation progressive croisée nette. A eu une amélioration transitoire par une manipulation vertébrale fait il y a huit jours par un confrère.

Aujourd'hui à l'entrée :

- Lasègue droit 40° - Schober IO/I2 - Scoliose analgique croisée.

Nous pratiquons deux manipulations.

21 JANVIER 1966 : - Ce malade va beaucoup mieux. Le Lasègue de 40° est passé en fin de course à droite.

26 FEVRIER 1966 : - Va bien dans l'ensemble.

Lasègue fin de course à droite - persistance d'une douleur au niveau du mollet et de la fesse droite.

BE..... Maxime

50 ans

Dossier 3256

9 DECEMBRE 1965 : - En Août 1965 après avoir porté un sac sur le dos lombosciatique gauche de type L5 - depuis trois semaines aggravation, le sujet ne peut plus rester debout et il ne peut marcher à cause de la douleur - impulsion à la toux.

- Lasègue droit 20° - Controlatéral 45 ° - Schober IO/II.

13 DECEMBRE 1965 : - Dès la première manipulation on note :

- Schober IO/I2 - Lasègue droit 40° - Controlatéral 80°.

20 DECEMBRE 1965 : - Après la troisième manipulation :

- Lasègue droit 80° - Disparition du controlatéral.

22 DECEMBRE 1965 : - Amélioration importante surtout après les deux manipulation vertébrales dit le malade. En fait le Lasègue qui était à l'entrée à 20° est passé à 80° - plus de controlatéral ni d'impulsion à la toux - garde une raideur lombaire avec Schober IO/I2,5.

DE..... Henri

52 ans

ACCIDENT INITIAL : - 1945 Sciatique droite. - de 1948 à 1964 lombalgie banale - Novembre 1964 lumbago aigu - 8 jours après sciatique gauche SI hypéralgique nécessitant l'administration de Palfium - Butazolidine - 5 séances de radiothérapie anti-inflammatoire.

18 DECEMBRE 1964 : - Entre dans le service.

Lasègue gauche 45° - contrôlatéral 80° - Schober IO/I2 - la douleur est permanente - impulsion à la toux - traitement épidural et manipulation.

Examen vertébrothérapique pré-manipulatif.

Douleur élective L5 SI - douleur à l'inclinaison rotation gauche du tronc - Schober IO/I2 - P.S. 41 cm - Lasègue gauche 45° - Controlatéral 80° -

Après deux manipulations à cinq jours d'intervalle :

- Lasègue gauche 80° - Disparition du controlatéral
P.S. 28 cm - Schober IO/I3,5.

Disparition de la douleur à la rotation inclinaison
gauche - disparition de la douleur sonnette L5 SI.

On pratique en tout quatre manipulations.

4 JANVIER 1965 - Professeur VIGNON

Va beaucoup mieux - ne souffre presque plus - Lasè-
gue fin de course à gauche - Schober IO/I5 - P.S. 17 cm.

VA.... Anne

24 ans

Dossier 2066

L'histoire actuelle débute le 15 AOUT 1964. - Episode lombal-
gique sans notion étiologique précise qui persiste depuis un
mois et demi. En septembre 1964, apparition d'une sciatalgie
gauche intermittente nettement postérieure jusqu'au genoux.
Impulsion à la toux aggravée par la voiture, calmée par le re-
pos.

9 NOVEMBRE 1964 : - Entrée dans le service.

Schober IO/I3,5 - Lasègue gauche 80°

La palpation réveille une douleur élective sonnette
sur L5, ainsi que l'hyperextension ou rotation droite du tronc.

16 NOVEMBRE 1964 : - Professeur VIGNON -

guérit avec deux manipulations - colonne souple -
n'a plus de Lasègue - quitte le Service avec rééducation.

12 DECEMBRE 1964 : - Douleur intermittente aux mouvements
purement lombaire - Schober IO/I3 - P.S. 16 cm - Pas de Lasè-
gue - Poursuite de la rééducation.

A fait une rééducation en lordose corrigée très indi-
quée puisque l'examen déclenchait une douleur sciatique avec
hyperextension lombosacrée.

CO.... Yvette

35 ans

Dossier 2178

ANTECEDENTS : lère sciaticque droite il y à 10 ans.

A eu cinq grossesses avec à chaque fois des lombalgies violentes.

1960 : - Sciaticque gauche.

6 AVRIL 1965 : - Hospitalisation - depuis un mois à la suite d'un effort sciaticque gauche plutôt SI.

A eu repos au lit une semaine - phenylbutazone BI-H2- n'est pas améliorée.

a l'entrée : - Marche en traînant la jambe - scoliose directe raideur vertébrale - Schober 10/12 - P.S. 58 cm - Lasègue gauche 45° - Controlatéral 80°.

Immédiatement après une manipulation :

- Lasègue gauche 60° - Disparition du controlatéral Schober 10/13,5 - P.S. 45 cm.

14 AVRIL 1965 : - Après deux manipulations va beaucoup mieux

- Lasègue fin de course à 80° à gauche - Disparition du controlatéral - Schober 10/13 - sans scoliose antalgique.

HE... Lucien

45 ans

Dossier 3320

14 FEVRIER 1966 : - Cet homme de 45 ans , ulcéreux connu, souffre actuellement d'une sciaticque de type SI durant depuis octobre 1965, c'est à dire depuis trois mois et qui s'est aggravé à la suite d'une chute en janvier.

A l'entrée : - La raideur est intense - Scoliose antalgique croisée - Lasègue gauche 20° - mais surtout la scène fonctionnelle est marquée avec impulsion à la toux - douleur permanente et à recrudescence nocturne, cette douleur rend, le jour, la marche impossible.

15 FEVRIER 1966 : - Après une manipulation excellent résultat. Lasègue à 80° - au lieu de 20° - disparition du controlatéral mais surtout disparition de la symptomatologie fonctionnelle sur laquelle antalgiques et épidurales étaient restés inefficaces.

25 FEVRIER 1966 : - Après 3 M.V. très amélioré - touche ses pieds - jambes tendues - n'a plus de Lasègue - la marche est normale - ne souffre plus.

AD... Raymond

40 ans

Dossier 3108

ANTECEDENTS - FEVRIER 1965 :

Lumbago aigu, sciaticque gauche SI - hospitalisation douze jours à l'Hôpital de CHALON - sort amélioré - reprend son travail - rechute à nouveau.

5 MAI 1965 : - Hospitalisation 12 jours.

Ne sort que légèrement amélioré (a eu traitement médical, radiothérapie lombaire).

28 JUIN 1965 : - A l'entrée :

Sciaticque gauche SI depuis 4 mois - Schober 10/12 - Scoliose croisée - Lasègue gauche 50° -

11 JUIN 1965 : - On pratique une manipulation - immédiatement disparition de la scoliose antalgique.
- Schober 10/14 - disparition de l'impulsion à la toux - Lasègue gauche 75°.

5 JUILLET 1965 : - Aujourd'hui après trois manipulations et une épurale ne souffre plus, la colonne est souple, n'a plus de Lasègue, Achilléen gauche reste aboli.

FA.... Raymonde

43 ans

Dossier 2068

ACCIDENT INITIAL : - Début mai 1964. Sans notion étiologique précise avec fond douloureux permanent, crise paroxystique et douleur à la toux. Guérison par un Confrère par manipulation et acupuncture.

AOÛT 1964 : - Vacances en ITALIE - Vie normale

10 SEPTEMBRE 1964 : - Rechute - lumbago aigu, puis dans les cinq jours apparition d'une sciaticque gauche SI - reprise par un confrère - manipulation - aggravation du tableau. Apparition de paresthésie du dos et du pied. Crise paroxystique à recrudescence nocturne - consulte le Pr. VIGNON devant l'échec du traitement médical.

Entrée dans le service du Pr. VIGNON le 19 OCTOBRE 1964

Cette malade de 43 ans présente depuis septembre 1964 une sciaticque gauche intense avec Lasègue à 40° de topographie imprécise Achilléen obtenu. Malgré la douleur nocturne,

l'histoire de la malade et une première sciatique guérie par manipulation en mai restent en faveur d'une discopathie banale.

Pleau de Roche - moins d'I élément blanc - albumine 0,25.

2 NOVEMBRE 1964 : - Après neuf tractions le Lasègue gauche est toujours à 40° - Schober IO/I2 - douleur sonnette élective au niveau de L5 - On commence les manipulations.

Professeur VIGNON :

V a mieux après trois manipulations - le Lasègue reste à 75° - se plaint toujours de son mollet gauche - a eu trois manipulations qui l'on soulagée dit-elle - continuera, à titre ambulatoire, deux manipulations.

A eu deux manipulations de complément à titre ambulatoire.

CONFIRMATION : - Complètement guérie a été revue six mois après.

PAC.... Edmond

45 ans

Dossier 3002

ANTECEDENTS : - Sciatique droite qui aurait duré six mois en 1945 - un autre épisode en 1958.

FIN JUIN 1964 : - Rechute - A cette époque, douleur exacerbée par la station debout - impulsion à la toux - traité par naïodine et thiodocaïne.

SEPTEMBRE 1964 : - Traité par phénylbutazone.

NOVEMBRE ET DECEMBRE 1964 : - Par épidurale - vitamine B, aucune amélioration et même depuis quinze jours aggravation qui motive l'hospitalisation.

8 MARS 1965 : - A l'entrée : Lasègue 75° à droite - inclinaison antalgique croisée nette - traitement manipulation - indometacime.

1ère manipulation : disparition du Lasègue - Schober I3

2ème manipulation: Disparition de l'attitude antalgique. 3ème manipulation P.S. 20 cm - Schober IO/I4 - plus de Lasègue ni de signe d'examen pour ce malade qui souffrait depuis six mois.

17 MARS 1965 - Professeur VIGNON

- Ne souffre plus après 3 M.V. - Examen négatif.

BR..... Louise

34 ans

Dossier 2243

31 MAI 1965 : - Entre dans le service - A présenté le 18 Avril 1965 dans le descours d'un curretage utérin une sciatique gauche de type SI.

- Scoliose antalgique directe - Lasègue 70° - Schober IO/I3 - P.S. 55 cm.

Après la première manipulation la malade touche des pieds alors que le pouce sol était à 55 cm.

16 JUIN 1965 : -Professeur VIGNON

Pratiquement guérie par deux manipulations complétées par deux épidurales - Le Lasègue a disparu - la colonne est souple.

PE... Bernard

30 ans

Dossier 3068

HISTOIRE DE LA MALADIE : Depuis janvier 1965 sciatalgie droite chez un marbrier - travailler de force soulevant de gros blocs de marbre (de plus de 70 Kgs).

Arrêt du travail le 14 Janvier jusqu'au 1er Février traitement médical - Repos anti-inflammatoire.

Reprise du travail - rechute le 25 Avril sciatique gauche L5 typique.

26 MAI 1965 : - A l'entrée dans le service :

Petite scoliose antalgique directe - la colonne est souple en flexion - Schober IO/I4 - l'extension est limitée par la douleur - Lasègue droit à 75°.

On pratique deux manipulations - disparition de tous les signes cliniques d'un malade souffrant depuis un mois.

2 MAI 1965 : - Professeur VIGNON

A été guéri par deux manipulations - colonne souple et droite.

GR..... René

35 ans

C.

17 MARS 1965 : - Malade adressé par le Professeur VIGNON pour sciatique gauche SI, depuis janvier 1963 qui a succédé à une lombalgie trainante depuis six mois à la suite d'une chute de tracteur.

La douleur est permanente randant la marche très pénible - impulsion à la toux - insomnies dues à la douleur nocturne - Scoliose antalgique croisée - Perte de la Lordose physiologique - Schober IO/I3 - P.S. 58 cm - Lasègue gauche 40° - Achilléen très diminué.

24 MARS 1965 : - Après une manipulation vertébrale :
- Lasègue gauche 75° - Le malade n'est plus réveillé par la douleur nocturne.

14 AVRIL 1965 : - Après trois manipulations :
- Schober IO/I4 - P.S. 20 cm - Lasègue gauche fin de course - disparition de l'attitude antalgique et de l'impulsion à la toux - récupération de l'Achilléen gauche.

DE..... Alexandre

Dossier 962

4 FEVRIER 1966 : - Nouveau séjour dans le service pour ce malade qui a présenté en 1959 une sciatique gauche avec arrêt du travail durant six mois. EN 1960 rechute de sciatique gauche - en 1961 nouvel épisode - en 1963 nouvelle rechute . A chaque fois le malade a eu anti-algique - anti-inflammatoire et une moyenne de dix tractions sur table d'élongations.

25 FEVRIER 1966 : - Nouveau séjour hospitalier depuis six mois le malade souffre à nouveau d'une sciatique gauche qui a résisté aux traitements médicaux habituels fait en Haute-Savoie. Il existe, en outre, une douleur sciatique permanente avec paroxysme à la marche et à la fatigue qui gêne beaucoup le malade et l'oblige à arrêter son travail.

L'examen montre une scoliose antalgique directe et un Lasègue en fin de course. La symptomatologie est essentiellement douloureuse.

7 MARS 1966 : - Professeur VIGNON

Ce malade a été amélioré par deux manipulations. Aujourd'hui il ne souffre plus - l'examen est négatif.

HU.... Emile

50 ans

Dossier 3363

30 MARS 1966 : - Cet homme de 50 ans présente une sciatique gauche de type SI apparue après une lombalgie d'effort en A.T. le 9 février 1966. Cette sciatique est aujourd'hui atténuée :

- Lasègue gauche 80° - Mais Schober IO/I2.

Le malade reste donc très lombalgique. Il nous est confié à cet effet.

4 AVRIL 1966 : - On pratique une manipulation - récupération immédiate de la souplesse rachidienne.

8 AVRIL 1966 : - Professeur VIGNON

Va très bien après une manipulation - colonne souple Schober IO/I4 - N'a plus de Lasègue.

PE.... Louis

47 ans

Dossier 3257

11 DECEMBRE 1965 : - Depuis juillet 1965 ce malade présente une lombalgie d'effort à la suite d'une rééducation vertébrale intempestive - apparition d'une sciatique droite début octobre 1965 qui s'est progressivement aggravée.

A l'entrée : Impotence fonctionnelle totale.

- Lasègue droit 20° - Schober IO/IO

Dès la première manipulation vertébrale :

- Schober IO/I3 - P.S. 56 cm - Lasègue droit 60°.

24 DECEMBRE 1965 : - Très amélioré par trois manipulations vertébrales - souplesse sub-normale - Schober IO/I4 - Lasègue 70°.

AVRIL 1966 : - Guérison complète confirmée.

LA... Roger

41 ans

Dossier 3272

31 DECEMBRE 1965 : - Cet homme de 41 ans a fait il y a six mois une chute d'une hauteur élevée dont il gardait une lombalgie discrète.

Depuis 25 jours il présente une sciatique droite de type SI qui a résisté aux anti-inflammatoires.

RAideur vertébrale - Schober IO/I2 -Lasègue droit 45° -
Achilléen aboli.

Après la seconde manipulation, le Lasègue a pratiquement disparu.

12 JANVIER 1965 : Professeur Vignon

a été guéri par trois manipulations vertébrales et une épidurale.

BEN... Henri

49 ans

Dossier 3289

12 JANVIER 1966 : - Cet homme de 49 ans - travailleur de force - a présenté depuis 1944 sept épisodes de sciatique droite. Le 22 Décembre 1965 - après effort - s'installe une sciatique droite de type L5. Traité par corticothérapie - 15 jours - 25 mg par jour, puis phénylbutazone, mal supportée (eczéma), en plus intolérance à l'iode, le malade est adressé par son Médecin pour méthiodal probable car sciatique hypéralgique.

Rebelle et intolérant au traitement médical depuis 20 jours. Schober IO/IO - Lasègue droit 15° -Lasègue controlatéral en fin de course.

On nous confie le malade pour manipulation. Il ne peut marcher à cause de la douleur et doit être mené en chariot.

Après la première manipulation ; Lasègue droit 60° immédiat - Le malade revient dans son lit en marchant.

Après la deuxième manipulation disparition du Lasègue droit.

26 JANVIER 1966 : Après deux manipulations va très bien - ne souffre plus - colonne souple - plus de Lasègue - rééducation des attitudes professionnelles pour prévenir les récides.

GR.... Louis

26 ans

Dossier 3270

5 JANVIER 1966 : - Cet homme de 26 ans a déjà présenté, il y a cinq ans, une lombalgie aiguë assez intense.

Actuellement : Sciatique gauche intense apparue il y a deux mois après un match de basket.

douleur à la toux - Schober IO/I2 - Scoliose antalgique -
Lasègue gauche 45° - P.S. 58 cm -

Après la première manipulation :

- Lasègue gauche 75°
- P.S. 34 cm
- Schober IO/I4.

12 JANVIER 1966 : - Va beaucoup mieux - n'a plus de Lasègue-
souplesse lombaire sub-normale.

MA... Raymond

44 ans

Dossier 3169

15 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Cet homme de 44 ans qui se plaignait de lombalgie
et sciatalgie gauche intermittente depuis deux ans, présente
depuis quinze jours une sciatique gauche de type SI, très
vive. Lasègue 60° - Abolition de l'Achilléen - scoliose antal-
gique - Schober IO/IO.

On nous confie le malade. Dès la première manipula-
tion, l'amélioration subjective est importante. Le malade qui
ne pouvait appuyer le talon gauche au sol à cause de la dou-
leur peut marcher normalement.

On pratique deux manipulations.

22 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Va bien - ne souffre presque plus - Le Lasègue est
en fin de course à gauche - la colonne est souple.

SI... Henri

44 ans

Dossier 3209

27 OCTOBRE 1965 : - Cet homme de 44 ans - boulanger - lombal-
gique ancien présente depuis deux mois une sciatique droite
plutôt SI. - Schober IO/II - Lasègue droit 70° - P.S. 44 cm.

5 NOVEMBRE 1965 : - Après une manipulation, grosse améliora-
tion subjective mais raideur assez nette. La manipulation
semble avoir fait disparaître les paresthésies du M.I.D.

21 MARS 1966 : - Allait bien depuis sa sortie du service. Souffre à nouveau depuis 15 jours d'une sciatique droite :
- Lasègue 70° - Schober 10/12 - P.S. 50 cm - Impulsion à la toux.

On pratique une manipulation à titre ambulatoire avec résultat immédiat - disparition du Lasègue , de l'impulsion à la toux - Schober 10/13 - P.S. 33 cm.

10 AVRIL 1966 : - Malade revu - va bien.

DE.... André

33 ans

Dossier 3124

21 JUILLET 1965 : - Cet homme de 33 ans présente des lombalgies et dorsalgies depuis dix ans évoluant sur une discrète scoliose structurale avec séquelle d'apophysite.

Actuellement - sciaticque gauche de type SI durant depuis un mois apparue à la suite d'une manipulation faite dans l'AIN, pour dorsalgie.

Aujourd'hui, Lasègue 80° a été très amélioré par une épidurale mais persistance d'un point douloureux paravertébral gauche permanent à la hauteur de L5/SI.

On nous confie le malade. Nous comprenons l'inquiétude de ce dernier dont une manipulation a créé la sciaticque. Il existe bien une douleur élective L5/SI gauche sonnette augmentant la douleur permanente.

Deux manipulations font disparaître la douleur permanente - le Lasègue est en fin de course.

Commentaire : Si on admet la possibilité de guérison par la manipulation, on admet le corrolaire qui est l'aggravation. Ici, heureusement, il a été possible de réduire dans un deuxième temps, le blocage de l'unité fonctionnelle L5/SI.

DEL... Nicole

37 ans

C.

30 OCTOBRE 1965 : - Cette femme de 37 ans présente depuis six semaines, à la suite d'un voyage en Grèce, une sciaticque droite de type L5 - Lasègue droit 45° - Controlatéral 80° - P.S. 67 cm - Schober 10/12.

4 NOVEMBRE 1965 - Après une manipulation vertébrale -
Lasègue droit 60° - Schober I3 - P.S. 45 cm -
disparition du Lasègue controlatéral.

17 NOVEMBRE 1965 : - Colonne souple, plus de Lasègue.

AVRIL 1966 : - Résultat confirmé et maintenu.

ME... Georges

48 ans

C.

8 AVRIL 1966 : - Ce malade a présenté le 28 Février 1966 un
lumbago d'effort et a vu apparaître dans les heures qui ont
suivies une sciatique droite de type SI qui a résisté au trai-
tement antalgique et anti-inflammatoire.

La névralgie sciatique est permanente. Elle oblige
le malade à boiter. Douleur nocturne - la flexion du rachis
est libre - P.S. 36 cm - par contre l'extension est impossi-
ble à cause de la douleur sonnette. Lasègue droit 70°.

15 AVRIL 1966 : - Après une manipulation vertébrale va beau-
coup mieux - disparition de la douleur sciatique permanente
marche sans boiter - n'a plus de Lasègue - persistance d'une
lombalgie.

22 AVRIL 1966 : - Revu après trois manipulations - plus de
Lasègue ni de Flapping test - examen clinique négatif.

GR.... Jean

42 ans

D.

ACCIDENT INITIAL EN 1958 : - Sciatique à la suite d'un plongeon
en hyperlordose - lombalgie trainante dans les suites.

18 MARS 1966 : - Ce malade qui allait bien a rechuté fin décem-
bre 1965 - sciatique modérée d'abord - actuellement hypéralgique
et qui a motivé l'hospitalisation. La station assise n'est pos-
sible que quelques minutes. - Raideur intense - Schober IO/II -
Lasègue gauche 20° - Controlatéral 60° - Adilléen gauche prati-
quement aboli.

22 AVRIL 1966 : - Après les deux manipulations vertébrales le
malade que l'on devait mener sur un chariot en salle de maipula-
tion peut revenir à pied dans son lit.

1er MAI 1966 : - Après quatre manipulations vertébrales disparition totale de la douleur sciatique - plus d'impulsion à la toux - disparition du contralatéral - Lasègue gauche 55° - marche normale.

ME.... A₁mée

43 ans

C.

ANTECEDENTS : - Souffre depuis huit mois (Mai 1965) d'une sciatique gauche. A eu des massages - des infra-rouge - des infiltrations.

Actuellement sciatique SI gauche permanente - peu violente - augmentant à la marche - à la toux avec un point douloureux permanent assez violent qui apparaît surtout couchée mais aussi douleur coxygienne à cause d'une chute assise.

A l'examen, la flexion est libre - on trouve une douleur sonnette au niveau de L₄/L₅ et ainsi qu'une douleur coxygienne.

Le Lasègue gauche est à 70° . C'est surtout une sciatalgie subjective permanente qui amène le malade à consulter.

14 Janvier 1966 : - Après une manipulation coxygienne disparition de la douleur assise - peut rester une heure assise alors qu'elle ne restait que vingt minutes.

La manipulation lombaire a fait disparaître la légère sciatalgie permanente et l'impulsion à la toux.

26 JANVIER 1966 : - Après deux manipulations : P.S. 20 cm - Schober 12,5 - Disparition du Lasègue - Disparition totale de la douleur assise.

RO.... Colette

40 ans

C.

Adressée pour sciatique gauche depuis un mois.

ANTECEDENTS - Sensibilité lombaire avec épisodes lombalgiques transitoire depuis dix ans qui ne duraient que deux à trois jours sans suite.

Depuis six mois lumbago sub-aigu se rapprochant
2 JANVIER 1966 : - Depuis un mois lumbago aigu drant un effort de flexion.

quatre à cinq jours après apparaît une sciatique de type L5 typique - la malade rest alitée 10 jours - nette impulsion à la toux .

ACTUELLEMENT : - Douleur permanente de type L5 évoluant sur un fond douloureux mais sans impulsion à la toux - douleur très nette à la marche (la malade ne pouvant marcher plus de quinze minutes) à la station debout prolongée.

- Schober IO/I3 - P.S. 50 cm - Scoliose dorso-lombaire gauche antalgique - reflexes normaux - Lasègue gauche 70°.

14 FEVRIER 1966 : - Après deux manipulations l'examen clinique est aujourd'hui négatif - la malade ne souffre plus - disparition totale du Lasègue.

AVRIL 1966 : - Revu la malade - resultat confirmé - guérison totale.

GR.... Renée

41 ans

C.

2 FEVRIER 1966 : - Adressé pour sciatique droite qui dure depuis cinq semaines. Sciatique qui a débutée le 5 décembre 1965 après une période lombalgique de trois semaines - apparition d'une sciatique droite très violente pendant quatre jours.

2 FEVRIER 1966 - Actuellement la malade se plaint d'un trouble sciatique SI permanent - l'examen montre une scoliose antalgique directe. Schober IO/I2,5 - Lasègue droit 70° - Pas de controlatéral - après une manipulation amélioration immédiate du Lasègue.

20 FEVRIER 1966 - Après trois manipulation faites à titre ambulatoire la malade a repris son travail et ne ressent aucune douleur sciatique - l'examen clinique est aujourd'hui négatif.

SA... Marius

51 ans

Depuis trois mois ce malade souffre de sciatique gauche qui a résisté au traitement médical.

29 AVRIL 1965 : - Après huit jours de traitement alité le malade est hospitalisé - Sciatique gauche L5 typique avec parésie du dos du pied.

Lasègue gauche 75° - Controlatéral 75° - Schober IO/I3 -
P.S. 30 cm.

On pratique une manipulation vertébrale qui fait
disparaître immédiatement le Lasègue controlatéral.

2 MAI 1966 : - Aujourd'hui après une manipulation vertébrale
n'a plus de Lasègue - Schober IO/I5.

RI... Pierre

46 ans

C.

Ce malade de 46 ans, cultivateur a présenté en
Février 1966 un lumbago.

9 MARS 1966 : - Le tableau se complète avec l'apparition
d'une sciatique gauche nécessitant son hospitalisation à
l'hôpital de Vienne.

8 AVRIL 1966 : - Consultation dans le service.

Navralgie sciatique permanente gênant la station
assise et ma marche . Lasègue gauche 60° - On pratique une
manipulation vertébrale. Le Lasègue se retrouve en fin de
course.

18 AVRIL 1966 : - On note une disparition totale de la dou-
leur sciatique permanente - Schober IO/I2 - P.S. 40 cm

Le malade est surtout lombalgique - on pratique
une seconde manipulation vertébrale.

11 MAI 1966 : - Revu après quinze jours - P.S. 23 cm -
Schober IO/I3- Ne souffre plus - pas de Lasègue.

MO.... Julie

45 ans

D.

ANTECEDENTS : - A présenté une sciatique droite il y a quatre
ans. Rechute en octobre 1965 - cède en 15 jours - Rechute le
21 Mars 1966 à la suite d'efforts prolongés en flexion - réap-
parition d'une sciatique droite de type SI - Cette sciatique
devient rapidement hypéralgique et nécessite devant l'échec du
traitement, l'hospitalisation.

1er mai 1966 : - La douleur est vive - la station assise est
très pénible - impulsion à la toux.

Schober IO/I2,5 - P.S. 40 cm - Lasègue droit 70° - scoliose antalgique directe -

On pratique une manipulation vertébrale.

P.S. I5 cm - Schober IO/I3,5 - Lasègue fin de course.

6 MAI 1966 : - Après deux manipulations vertébrales

- Schober IO/I4 - P.S. 0 - touche ses pieds - disparition du Lasègue.

CR.... Paul

33 ans

Dossier II6I

Il s'agit d'un malade de 33 ans qui à la suite d'une encéphalopathie infantile a conservé une comitativité et une hémiplégie droite.

Le malade a été hospitalisé :

- EN 1959 pour lumbago
- EN 1960 pour sciatique
- EN NOV.1965 pour lumbago.

5 FEVRIER 1966 : - A la suite d'une chute durant une crise comitiale apparition d'une sciatique gauche avec Lasègue à 70°.

14 MARS 1966 : - Le malade nous est confié car après traitement médical spécialisé et cinq élongations il garde une sciatique nette avec impulsion à la toux - Lasègue gauche inchangé à 70° - Schober IO/I3 - impotence fonctionnelle marquée - surtout à la station assise - on pratique une manipulation vertébrale - disparition immédiate du Lasègue.

7 MAI 1966 : - Succès spectaculaire d'une seule manipulation.

- Schober IO/I6
- Plus de Lasègue
- Ne souffre plus.

DU.... Yvette

36 ans

Dossier 2257

13 JUILLET 1965 : - A l'entrée

Il s'agit d'un malade de 36 ans qui présente depuis décembre 1964 une sciatique de type SI - traitée depuis cette époque par BI, BI2 - mal supportées - butazolidine.

Va mieux 1^{er} jour de l'hospitalisation / Schober
10/I4 - Lasègue droit fin de course - diminution de l'Achil-
léen .

15 JUILLET 1965 : - Les deux premières tractions sont mal sup-
portées - on essaye manipulations.

16 JUILLET 1965 : - L'examen avant manipulation est pauvre.
Lasègue droit 80°

Mais la malade se plaint surtout d'une douleur per-
manente lombosacrée droite.

Une manipulation soulage immédiatement la malade
de sa douleur lombosacrée - une seconde de sa sciatique.

23 JUILLET 1965 : - La malade va bien - ne souffre plus -
l'examen lombaire et radiculaire est normal.

PO... René

34 ans

Dossier 3126

23 JUILLET 1965 : - Hospitalisation

Cet homme de 34 ans sans antécédent, à présenté
une sciatique droite modérée en septembre 1964 dont il gar-
dait une lombalgie chronique discrète.

LE 31 MAI 1965 après un nouvel effort sciatique droite intense
de type L5 - amélioration partielle après repos et infiltra-
tion faites à titre ambulatoire.

A nouveau raideur intense

Lasègue droit 30° - bloqué en cyphose lombaire .

La malade nous est confié pour manipulation.

Dès la première : Lasègue droit 60° -

Après la seconde : Schober 10/I4,5 - P.S. 30 cm.

2 AOUT 1965 : Amélioration rapide dès la première manipula-
tion complétée par une épidurale et confirmée par la seconde
manipulation.

N'a plus de douleur, même à la toux - souplesse
rachidienne sub-normale - Lasègue droit 80° - Rééducation.

SA..... Germain

37 ans

Dossier 3117

EN 1962 : Accident du travail arrêté huit mois sans travail.
Il s'agissait d'un traumatisme dorsal.

change de métier mais garde un travail pénible d'emballleur.

Nouvel arrêt du travail, septembre 1963 pour lumbago.

JUILLET 1964 : - Sciatique gauche

JUIN 1965 : - A nouveau sciatique gauche - traitement médical mal supporté.

16 JUILLET 1965 : - A l'entrée dans le Service.

Raideur nette - Schober IO/I2 - Points douloureux lombosacré gauche et sacroiliaque - Lasègue gauche 60° - concordant avec le flappin test que l'on vérifie parce qu'il semble bien exister un facteur sinistrosique aggravant du fait de l'A.T. et problème d'I.P.P.

26 JUILLET 1965 : - Amélioration spectaculaire après deux manipulations - ne souffre pratiquement plus à la toux - souplesse sub-normale - Schober IO/I4 - Lasègue fin de course.

GE. . . Jean

38 ans

Dossier 2906

1961 - Lumbago aigu traité par la Butazolidine

1963 - Lombo sciatique traitée par la Butazolidine

Histoire actuelle - début en octobre 1964 - lombo sciatique droite après effort pour soulever un poids. 10 jours après la douleur augmente, le malade arrête son travail - impulsion à la toux - impotence fonctionnelle marquée - après trois semaines de traitement médical état inchangé . On l'adresse au Professeur VIGNON.

Hospitalisation le 13 Novembre 1964 : Professeur VIGNON

Il s'agit d'une sciatique droite de type SI qui dure depuis le début octobre. Lasègue à 80° - scoliose directe - Achilléen droit aboli - V.S. 3 mm - Radio - pincement arthrosique L5 SI - indication manipulation.

21 NOVEMBRE 1964 : - Professeur VIGNON

Après deux manipulations va bien - ne souffre plus Lasègue en fin de course à droite - disparition de l'attitude antalgique.

CE.... Antoinette

61 ans

Dossier 2357

17 NOVEMBRE 1965 : - Cette malade de 61 ans, lombalgique depuis 13 ans, qui a présenté plusieurs épisodes aigus dont un traité par radiothérapie présente depuis deux mois et demi une sciatique droite de type L5 apparue après un mouvement de flexion du tronc et qui n'a pas été amélioré par le traitement médical.

- Schober IO/I2 - Scoliose antalgique croisée -
Lasègue droit 45° - Controlatéral 80° .

Après élimination d'une sciatique symptomatique, le malade nous est confiée.

24 NOVEMBRE 1965 : -

Amélioration assez nette par la première manipulation du 17.II.1965. Le Lasègue est passé de 45° à 70° -
schober IO/I3 - une deuxième manipulation est légitime.

1er DECEMBRE 1965 : - L'amélioration s'est confirmée - ne souffre plus à la toux - n'a plus d'inclinaison antalgique -
Le Lasègue droit est à 80°.

BR.... Renée

30 ans

Dossier 2416

31 JANVIER 1966 : - Cette malade de 30 ans présente une sciatique droite depuis deux mois, hypéralgique depuis huit jours. Le Lasègue est tardif à 80° à droite. Il existe une perte complète de la lordose physiologique et toute extension est bloquée.

A l'examen vertébral :

Bien libre en flexion - Schober IO/I3 -
Extension impossible - Scoliose antalgique directe.

4 FEVRIER 1966 : Dès la deuxième manipulation la malade peut se redresser, récupération de la lordose physiologique - disparition du Lasègue.

CA... Lucien

36 ans

Dossier 3246

HISTOIRE ACTUELLE : En accrochant un wagon le 1er Octobre 1965 apparition d'un lumbago aigu d'effort puis progressivement d'une sciatique gauche SI. A déjà eu, en SAVOIE, le traitement médical - trois manipulations et 15 séances de massage.

A l'entrée : Lasègue à 70° - Schober IO/12 - Attitude antalgique croisée -

Dès la première manipulation :
- Lasègue fin de course - P.S. 36 cm.

17 DECEMBRE 1965 - Professeur VIGNON

Très amélioré par deux manipulations, Le Lasègue est en fin de course - colonne souple.

BR..... Jean

45 ans

Dossier 3291

19 JANVIER 1966 : - Cet homme de 45 ans souffre depuis 1959 de lombalgies récidivantes à l'effort.

Depuis un an il présente une sciatique droite de type L5 très modérée devenue intense depuis trois mois après un effort.

A l'entrée : Schober IO/IO - Lasègue droit 40°

Dès la première manipulation vertébrale :

- Lasègue droit 60°

- Schober IO/II - P.S. 53 cm

25 JANVIER 1966 - Disparition du Lasègue dans le decours de la première manipulation vertébrale - après la seconde colonne souple - P.S. 30 cm - ne souffre plus.

LIO.... François

35 ans

Dossier 3265

29 DECEMBRE 1965 : - Cet homme de 35 ans a déjà présenté il y a quatre ans un épisode lombalgique d'effort dont il persistait une vague gêne lombo-sacrée.

Actuellement il présente depuis un mois une sciatique L5 avec Lasègue gauche à 70° - une sooliose antalgique croisée nette, ainsi qu'un Lasègue crural correspondant à une irradiation douloureuse antérieure dont se plaint le malade.

7 JANVIER 1966 : - Après deux manipulations vertébrales amélioration manifeste - ne souffre plus même à la toux - souplesse sub-normale - Lasègue gauche 90° - disparition de la douleur sciatique et crurale.

CO... Christian

30 ans

C.

1er SEPTEMBRE 1965 : - Adressé par le Pr. VIGNON pour sciatique L5 gauche depuis un mois, qui a résisté au traitement médicaux.

- Lasègue gauche 45° - Schober IO/I2 - P.S. 50 cm
scoliose antalgique discrète - impulsion nette à la toux?

Dès la première manipulation vertébrale Lasègue gauche fin de course.

II SEPTEMBRE 1965 : - Après deux manipulations vertébrales :

- Schober IO/I4 - P.S. 18 cm - Plus d'attitude antalgique ni d'impulsion à la toux - disparition du Lasègue gauche qui était à 45°.

GR.... Irène

35 ans

C.

ANTECEDENTS ; sciatique traînante depuis deux ans.

DEPUIS JUIN 1965 : - Augmentation de la douleur subjective sciatique. Douleur permanente SI depuis le début sept. 1965.

3 NOVEMBRE 1965 : - Aujourd'hui :

- Lasègue gauche 70° - Schober IO/I4 - La marche et la station debout sont pénibles.

9 NOVEMBRE 1965 : - Très nette amélioration - Lasègue gauche en fin de course - station debout et marche indolore après deux manipulations.

AVRIL 1966 : - Confirmation - guérison complète malgré la reprise d'un travail pénible.

GR.... Pierre

43 ans

Dossier 3036

ACCIDENT INITIAL : Lumbago aigu en 1950 - sciatique droite L5 en 1961 durant six mois avec traction, manipulation, traitement médical à Valence.

Accident du travail le 27 Janvier 1965 - effort en flexion - sciatique hypéralgique.

29 MARS 1965 : - Hospitalisation .

Souffre beaucoup - scoliose antalgique directe -
P.S. 60 cm - Schober IO/II - Lasègue droit 30° - Controlatéral 70° -

On pratique deux manipulation difficiles -
malade craintif, anxieux.

7 MARS 1965 : - Professeur VIGNON

Le Lasègue est passé à 75° à droite et a disparu à gauche. Le malade se plaint toujours beaucoup. On arrête les manipulations et on fera un essai de tractions.

Après sept tractions ne souffre pratiquement plus mais le Lasègue gauche reste à 80° inchangé - La raideur reste assez nette avec petite inclinaison antalgique.

BL... Paul

29 ans

Dossier 3282

10 JANVIER 1966 : - Hospitalisation - A la suite de l'échec de tous les traitements ambulatoires.

Ce jeune homme de 28 ans présente depuis un an à la suite d'un effort de basket une sciatique droite de topographie imprécise, plutôt L5.

- Lasègue droit 45° - Schober IO/I3.

21 JANVIER 1966 : - Va très bien après deux manipulations.

Aucun signe d'examen chez ce malade qui souffrait depuis un an.

DES..... André

36 ans

Dossier 3085

1er JUIN 1965 : - Entre dans le Service.

Malade de 36 ans qui souffre de lombalgie depuis six mois et qui accuse depuis un mois une sciatique gauche hypéralgique de topographie imprécise. A eu repos - corticoïdes , des antalgiques qui n'ont rien donné.

A l'arrivée le malade est en cyphose - scoliose antalgique lombaire croisée. - La raideur est intense -

- Schober 10/10 - Lasègue gauche 25° - Lasègue controlatéral 60° - Nette impulsion à la toux.

26 MAI 1965 : - On pratique une manipulation vertébrale.

Immédiatement le Lasègue droit controlatéral passe à 80° - Lasègue gauche 60° - Schober 10/13 -

On complète le 27 Mai 1965 par un Lucherini.

28 MAI 1965 : - Professeur VIGNON

Après une manipulation le 26 Mai 1965 et un lucherini le 27 Mai 1965 amélioration notable - disparition de l'attitude antalgique - Schober 10/13 - Lasègue gauche 50° - controlatéral 60° - La toux ne joue plus son rôle déclenchant habituel.

31 MAI 1965 : - Deuxième manipulation - disparition immédiate du Lasègue gauche.

5 JUIN 1965 : - Professeur VIGNON

Va très bien - très souple - n'a plus de Lasègue.

B.... Marcelle

40 ans

Dossier 224I

26 Mai 1965 : - Entre dans le Service.

Le 15 Avril 1965 a eu un lumbago aigu en soulevant un arrosoir et le soir apparition d'une sciatique droite aiguë. - Traitée par Phénylbutazone : 4 comprimés par jour, 15 jours - Cortancyl 5 comprimés par jour 10 jours.

Echec complet - rigidité vertébrale intense.

Hospitalisation : Marche avec claudication droite - Schober 10/11 - Raideur intense - Scoliose directe - Lasègue droit 45° -

Après la première manipulation disparition de presque tous les symptômes.

4 JUIN 1965 : - Professeur VIGNON

Guérie par deux manipulations - ne souffre plus - très souple.

8 SEPTEMBRE 1965 : - Revient pour récurrence d'une lombalgie depuis huit jours.

Schober 10/13 - Lasègue lombaire bilatéral en fin de course -

On refait une manipulation et tout rendre dans l'ordre.

5 Janvier 1966 : - A rechuté fin décembre 1965 à la suite d'un effort sans lombostat - Sciatique L5 intense - A l'entrée raideur intense en cyphose qui bloque la malade en flexion depuis le 20 décembre 1965.

- Scoliose croisée - Lasègue 40° à droite - discrète parésie des extenseurs.

12 JANVIER 1966 : - Spectaculairement améliorée par une manipulation qui fait céder immédiatement l'attitude antalgique et le Lasègue - apparition d'un torticollis intense - on laisse passer cinq jours au repos, au lit avec décontractant - état inchangé - disparition après une manipulation.

SA.... Louis

40 ans

Dossier 3360

18 MARS 1966 : - Cet homme de 40 ans sans antécédent présente depuis dix mois après une chute une sciatique de type L5 typique qui persiste depuis sept mois malgré un traitement multiple (tractions vertébrales, épidurales, manipulations faites dans le DOUBS).

A l'entrée dans le Service : - Sciatique hypéralgique randant la marche presque impossible avec Lasègue gauche 30° - Controlatéral 80° - Scoliose antalgique directe.

25 MARS 1966 : - Après deux manipulations : Lasègue gauche 60° - disparition de la douleur sciatique permanente permettant une marche normale.

Dès la troisième manipulation le Lasègue gauche est en fin de course.

1ER AVRIL 1966 : - Va beaucoup mieux puisque le Lasègue qui était à 30°, n'est douloureux qu'en fin de course - la colonne est souple - il persiste une légère scoliose antalgique en flexion.

J0... Alphonsine

37 ans

Dossier I888

14 MAI 1966 : - Cette malade de 37 ans, lombalgique ancienne a déjà été hospitalisée en 1964 pour une sciaticque gauche L5. Depuis un mois a récidivé et présente une sciaticque gauche S1. La douleur est intense gênant la marche - Lasègue gauche 60° - réflexes normaux.

16 MAI 1966 : - On pratique une manipulation - Immédiatement Lasègue fin de course - la marche est peu douloureuse.

17 MAI 1966 : - Cette malade qui allait beaucoup mieux après la première manipulation s'est brusquement aggravée à la suite d'une quinte de toux - abolition de l'Achilléen gauche - douleur sciaticque intense.

18 MAI 1966 : - Devant ce tableau et sans attendre on pratique immédiatement une seconde manipulation vertébrale et 48 heures après tous les symptômes avaient disparus. On peut commencer le massage vertébral puis la rééducation posturale prudente.

28 MAI 1966 : - Va beaucoup mieux aujourd'hui - examen normal - on obtient même l'Achilléen gauche.

BA.. Maurice

29 ans

Dossier 34I7

25 MAI 1966 : - A l'entrée dans le Service

Ce malade, lombalgique ancien, a vu apparaître en décembre 1965 une sciatalgie droite.

Depuis 15 jours sciaticque hypéralgique qui après échec du traitement médical nécessite l'hospitalisation.

Sciaticque gauche L5 avec un Lasègue à 30° - Contrôle téral fin de course - Schober IO/II,5 - Scoliose antalgique - impulsion à la toux.

On pratique une manipulation. Immédiatement le Lasègue gauche passe de 30° à 80°.

1ER AVRIL 1966 : - Très amélioré - n'a plus de Lasègue - ni d'impulsion à la toux - ne souffre plus - Schober IO/I3,5.

MANIPULATIONS VERTEBRALES EFFECTUEES AVEC
SUCCES APRES ECHEC DES TRACTIONNS

CO..... Yvonne

50 ans

Dossier 2292

6 AOUT 1965 - A l'entrée :

Il s'agit d'une malade de 50 ans, présentant une lombalgie depuis sept mois, et qui après un voyage en voiture de 1000 Kms a présenté une sciatique droite de type L5 depuis trois semaines qui a résisté à trois semaines de repos au lit, au traitement antalgique et anti-inflammatoire.

- Schober IO/12 - Lasègue droit 50° - Controlatéral 80° -

30 AOUT 1965 : - Après 10 Tractions la sciatique est toujours intense, le Lasègue droit à 60°.

On nous confie alors la malade pour manipulations vertébrales.

6 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

A été améliorée par deux manipulations vertébrales et aujourd'hui le Lasègue est en fin de course à droite.

18 OCTOBRE 1965 - Va bien - n'a pas récidivé.

RAF..... Paulette

26 ans

Dossier 2137

ANTECEDENTS : Accident de voiture en sept. 1963 - traumatisme crânien avec perte de connaissance.

Histoire actuelle : - Jeune femme qui présente une sciatique L5 droite très sévère avec scoliose antalgique croisée depuis deux mois - Schober IO/II - Lasègue droit 20° - controlatéral 40° - Cette sciatique a succédé à une période de lombalgie importante entraînée par un accident de la circulation. On fer traction; avait, au début été aggravée par une manipulation faite dans sa ville.

25 FEVRIER 1965 : - Après cinq tractions va mieux mais garde une importante raideur vertébrale. P.S. 60 cm - On fera une manipulation dans le service.

Après une manipulation la malade peut pratiquement soulever ses pieds. P.S. 15 cm - résultat fonctionnel immédiat très satisfaisant.

PA.... Lucien

41 ans

Dossier 3212

15 OCTOBRE 1965 : - Cet homme de 41 ans qui a présenté en sept. 1964 une lombalgie aiguë d'effort se plaint actuellement d'une sciaticque droite depuis trois semaines sans notion étiologique précise.

- Schober 10/10 - Scoliose antalgique croisée - Lasègue bilatéral à 25° - 30° .

Le malade nous est confié après sept tractions.

2 NOVEMBRE 1965 : - P.S. 47 cm - Schober 10/14 - Attitude antalgique croisée - Lasègue droit 70° - Controlatéral 70°.

Après deux manipulations disparition du Lasègue droit - P.S. 35 cm/

2 NOVEMBRE 1965 : - La colonne est souple : Schober 10/14 Disparition du Lasègue droit - Controlatéral en fin de course.

MA..... Paul

26 ans

Dossier 2262

14 JANVIER 1963 : - Laminectomie - cure de hernie discale L4/L5 gauche.

4 FEVRIER 1963 : - Nouveau séjour lombosciatique gauche discrète.

25 NOVEMBRE 1965 : - Sur un fond douloureux discret et intermittent de sciaticque gauche SI, s'est greffé vers le 25 Novembre 1965 un nouvel épisode de sciaticque gauche hypéralgique avec paroxysme nocturne nécessitant son hospitalisation à Vienne où il est adressé dans nos services.

10 DECEMBRE 1965 : - A l'entrée :

- Lasègue gauche 30° - pas de controlatéral - Schober 10/12 - Scoliose antalgique directe.

Après dix tractions et traitement médical va mieux. raideur lombaire modérée - Lasègue gauche 60°.

3 JANVIER 1966 : - A rechuté à la suite d'un éternuement dès le cinquième jour suivant sa sortie du service.

- Raideur intense en cyphose - Schober 10/10 - Lasègue gauche 20° - Controlatéral 80° -

La sciatique date de cinq semaines.

Le malade nous est alors confié pour manipulations.

1ère manipulation le 3 janvier 1966.

7 JANVIER 1966 : - Le Lasègue est à 45° à gauche.

12 JANVIER 1966 : - Une troisième manipulation fait passer le Lasègue gauche en fin de course.

14 JANVIER 1966 : - Va indiscutablement beaucoup mieux :
Lasègue gauche fin de course - Schober 10/13 -
disparition du Lasègue controlatéral.

24 AVRIL 1966 : - Après six semaines de lombostat plâtré -
consolidation du résultat - l'examen clinique est négatif.

PI.... Pierre

36 ans

Dossier 3280

30 DECEMBRE 1965 : - A présenté un lumbago aigu en 1962 depuis lombalgie chronique.

Depuis la fin novembre 1965 sur le fond lombalgique apparition d'une sciatique gauche de type SI. - impulsion à la toux - douleurs nocturnes - Arrêt du travail depuis le 27 Novembre 1965.

- Lasègue gauche 40° - controlatéral 70° - Schober 10/12 - Scoliose antalgique croisée.

10 JANVIER 1966 : - Le malade nous est confié car après huit tractions le Lasègue gauche est toujours à 40°.

14 JANVIER 1966 : - Dès la première manipulation le Lasègue gauche est passé à 70° - en pratique une seconde manipulation.

19 JANVIER 1966 : - Professeur VIGNON

Après deux manipulations est pratiquement guéri - sou-
ple - n'a plus de Lasègue.

23 JANVIER 1966 : - Bon résultat confirmé.

BA.... Madeleine

47 ans

Dossier 2303

ANTECEDENTS : - Depuis cinq ans nombreux lumbagos d'effort.

HISTOIRE ACTUELLE : - Lumbago aigu fin juin 1965 puis apparition d'une sciaticque SI hypéralgique.

30 AOUT 1965 : - Hospitalisation - cette femme de 57 ans présente depuis deux mois une sciaticque droite très sévère SI, diminution de l'Achilléen - Lasègue droit 50° - controlatéral 0° - Schober 10/10.

21 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

A eu II tractions, souffre autant d'une sciaticque SI avec scoliose directe - Lasègue droit 30° .

On essaye une manipulation vertébrale chez cette malade qui souffre depuis deux mois I/2. En cas d'échec des manipulations on propose méthiodal et intervention.

30 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

A été très améliorée par deux manipulations vertébrales puisque le Lasègue droit est aujourd'hui à 75° - disparition du controlatéral.

LA... Maurice

35 ans

Dossier 3003

3 FEVRIER 1965 : - Professeur VIGNON

Malade de 35 ans qui présente depuis décembre 1964 une lombosciaticque gauche de topographie imprécise surtout aggravée depuis le 15 Février 1965 avec Lasègue bilatéral à 45° sans abolition de l'Achilléen - on fera tractions épidurales.

Après cinq tractions : Schober 10/13 - P.S. 45 cm Lasègue gauche 40° - Controlatéral 60° -

. Le malade nous est confié pour manipulation.

Après une manipulation disparition du controlatéral Lasègue gauche 75° .

17 MARS 1965 : - Professeur VIGNON

Lasègue à 75° - ne souffre plus mais reste raide - seut avec un lombostat plâtré -

10 AVRIL 1965 : - N'a plus de Lasègue - ne souffre plus - quittera son lombostat plâtré dans 15 jours.

M... Rita

37 ans

Dossier 2161

Accident initial : - Janvier 1965 lumbago aigu durant deux jours puis sciatique gauche de type SI - rapidement hypéralgique avec insomnies - l'épisode cède après un traitement médical - reprise du travail trois jours en février puis nouvelle rechute.

18 Mars 1965 : - Hospitalisation

A l'entrée : immédiatement très améliorée par une 1ère élongation - Lasègue gauche 60° - Achilléen aboli - Achilléen droit très diminué - Schober IO/12 - Scoliose croisée.

Très nette aggravation à la 4ème élongation.

- Schober IO/12 - très forte scoliose croisée - Lasègue 45° - marche très difficile.

On essaie les manipulations :

dès la 1ère le Lasègue passe à 80° - la marche redevient normale mais état très labile qui se détériore rapidement. Le résultat de la manipulation étant spectaculaire on refait une manipulation et lombostat plâtré avec lequel la malade quitte le Service.

23 Avril 1965 : - Revient dans le Service - ablation du corset - la sciatique dure depuis janvier 1965 s'accompagnant d'une scoliose croisée très nette - Lasègue à 60° à gauche - abolition des deux Achilléens - échec du traitement médical et du plâtre - on fera faire un méthiodal mais on essaye à nouveau deux manipulations.

30 AVRIL 1965 : - Professeur VIGNON

Après deux manipulations ne souffre plus - souple et droite - touche ses pieds - plus de Lasègue - sort avec un corset.

4 SEPTEMBRE 1965 : - N'a pas récidivé la sciatique - il n'y a plus de Lasègue - garde une attitude antalgique - la colonne est souple et on conseille la reprise du travail.

TH... Olivier

36 ans

Dossier 3102

DEPUIS DECEMBRE 1964 : - Lombalgique

DEPUIS FEVRIER 1965 : - Apparition d'une sciaticque gauche de type L5. A eu en février quatre élongations à titre ambulatoire avec un résultat moyen qui s'est progressivement dégradé.

3 JUIN 1965 : - Consulte le Professeur VIGNON

Sciaticque gauche de type L5 depuis deux mois - scoliose antalgique croisée - Lasègue gauche à 75° - Schober IO/I3 -

Dus la 1ère manipulation le malade touche ses pieds.

18 JUIN 1965 : - Professeur VIGNON

Va beaucoup mieux - ne souffre presque plus - le Lasègue a disparu - Il présente une petite scoliose qui disparaît en flexion.

VE.... Marguerite

47 ans

Dossier 2181

Depuis un an la malade accuse des lombalgies avec paresthésie du mollet gauche.

Janvier 1965 : - Sciaticque gauche hypéralgique de type SI ; alors que la douleur diminue d'intensité, s'installe une paralysie du S.P.I. gauche - actuellement en voie de récupération.

26 Mars 1965 : - Hospitalisation.

Depuis deux mois sciaticque gauche SI abolition de l'Achilléen - Lasègue gauche 45° - ne peut se mettre sur la pointe des pieds.

Traction - indométacime - épidurale.

5 AVRIL 1965 : - A eu huit tractions mal supportées, douloureuses, les signes objectifs sont pratiquement inchangés.

On essaie deux manipulations - bon résultat immédiat ; possibilité de marche très améliorée - Lasègue fin de course.

14 AVRIL 1965 : - Très améliorée par deux manipulations le Lasègue est passé à 80° - la parésie du pied semble s'être aussi améliorée - cependant elle ne peut se mettre encore sur la pointe des pieds. - Achilléen gauche toujours aboli.

MA... Joseph

40 ans

Dossier 3251

8 DECEMBRE 1965 : - Ce malade de 40 ans qui présente des épisodes de lombalgies sciatique depuis l'âge de 23 ans en est à sa cinquième rechute - a eu évidemment toutes les thérapeutiques connues.

A l'entrée : - Schober IO/II,5 - Lasègue gauche 45° -
Scoliose croisée.

20 DECEMBRE 1965 : - On revoit le malade après neuf tractions - il garde encore de gros signes objectifs.

- Schober IO/II - Scoliose croisée - Mais le Lasègue n'est plus qu'à 75°.

22 DECEMBRE 1965 : - Une manipulation pratiquée il y a deux jours a entraîné la disparition du Lasègue - Schober IO/I3 - donc arrêt des tractions - poursuivre son traitement à titre ambulatoire.

8 AVRIL 1966 : - Plus de signes sciatique - pas de Lasègue - Schober IO/I3 - garde une discrète scoliose antalgique lombaire gauche.

La dernière manipulation a eu lieu il y a un mois.
On conseille la reprise prudente du travail.

SCIATIQUES MANIPULEES AVEC ECHEC

DU.... Jean

56 ans

Dossier 3039

Passé lombalgique depuis 10 ans.

3 AVRIL 1965 : - Hospitalisation

Sciatique gauche hyperalgique L5 - douleurs nocturnes - impulsion à la toux - Examen très difficile à cause de la douleur - Lasègue gauche 40° - Controlatéral 60° - Parésie du releveur du gros orteil gauche. - Ne peut rester assis et ne peut marcher seul - on le mène donc en chariot en salle de manipulation.

Immédiatement après la première manipulation il peut revenir en marchant jusqu'à son lit (40 m) - Le Lasègue gauche est à 60° - disparition du controlatéral - il peut s'asseoir et dormir sans crise douloureuse.

Malheureusement le résultat n'est pas durable et après trois jours le malade rechute - on n'arrive pas à récupérer par une seconde manipulation le brillant résultat initial. Comme on s'est donné un maximum de deux manipulations on considère, en définitive, ce malade comme un échec.

DAV.... Marc

33 ans

Dossier 3252

10 NOVEMBRE 1965 : - Cet homme de 34 ans présente depuis un mois une sciatique gauche de type SI qui a été intermittente durant trois semaines et hyperalgique depuis dix jours.

Actuellement raideur intense - Schober IO/II - Inclinaison antalgique γ croisée - Lasègue gauche 20° - Controlatéral 60° -

22 NOVEMBRE 1965 : - A été très améliorée par une première manipulation - Lasègue 70° - mais a fait une réaction hyperalgique parès la seconde avec à nouveau un Lasègue précoce à 40°.

Aujourd'hui Lasègue 60° - ce qui représente une notable amélioration sur le tableau clinique à l'entrée.

CH.... Georges

31 ans

Dossier 3252

8 DECEMBRE 1965 : - Cet homme de 31 ans - boucher - souffre depuis l'âge de 18 ans de lombalgie. Il a fait une sciaticque gauche prolongée en 1964;

Depuis dix jours à nouveau sciaticque droite L5.

- Schober IO/II - Lasègue 45° -

On essaye une manipulation vertébrale qui se solde par un échec et on n'insiste pas.

BA.... Jean

44 ans

Dossier 3193

13 OCTOBRE 1965 : - Cet homme de 44 ans - éthylique - qui vient de faire une hémorragie digestive après prise d'aspirine présente depuis trois mois une sciaticque droite de type L5.

- Schober IO/II - Lasègue 60° - Scoliose antalgique directe - par ailleurs éthylique - tests hépatiques - perturbé - mauvais E.G.

Deux manipulations pratiquées sont un échec.

24 DECEMBRE 1965 : - Echec complet du traitement médical mais l'état général contre indique actuellement un acte chirurgical.

AM..... Ernest

33 ans

Dossier 3289

31 DECEMBRE 1965 : - Cet homme de 33 ans a fait en 1961 une lombalgie aiguë d'effort intense et prolongée dont il gardait de discrètes lombalgies. Depuis quinze jours sciaticque gauche SI. - Lasègue gauche 20° - Lasègue controlatéral 45° - Abolition de l'Achilléen gauche - Schober IO/II.

Deux manipulations donnent un résultat bien partiel. Le malade souffre un peu moins. Mais Lasègue bilatéral reste à 45°.

2 MARS 1966 : - Après échec des deux manipulations vertébrales puis de huit élongations le malade a été très amélioré par le port d'un lombostat plâtré.

AU..... Armand

34 ans

Dossier 2768

5 NOVEMBRE 1965 : - Cet homme de 38 ans présente une lombalgie intermittente depuis avril 1963 qui n'a pas fait la rééducation vertébrale prévue, souffre à nouveau d'une sciaticque droite depuis mai 1965.

A l'entrée : Schober IO/I3 - Lasègue gauche 60° - Attitude antalgique croisée.

22 NOVEMBRE 1965 : - A été très amélioré par une première manipulation le 5 novembre 1965 avec Lasègue passé à 80° MAIS réaction hypéralgique après la deuxième manipulation le 9 Novembre 1965, qui fait arrêter le traitement manipulatif.

CA..... Hector

29 ans

Dossier 5080

Lumbago aigu en Février 1965 chez un lombalgique ancien - apparition d'une sciaticque L5 en Avril 1965.

2 JUIN 1965 : - A l'entrée :

- Lasègue gauche 30° - Droit 45° - Scoliose antalgique.

On tente une manipulation qui n'apporte aucune modification.

GI.... Ginette

31 ans

Dossier 2238

ANTECEDENTS : 24 AVRIL 1964

Au cours de son travail chute d'une échelle d'une hauteur de un mètre. Rapidement lumbago et trajet sciaticque SI.

II MAI 1965 : - Rechute après trajet en voiture.

A l'entrée : - Sciaticque droite de type SI - Lasègue 45° - Schober IO/I4 - Scoliose directe.

22 JUIN 1965 : - Amélioration partielle après trois manipulations - Lasègue à 60° - Scoliose antalgique persistante.

JO..... Hélène

27 ans

Dossier 2195

Lombalgique depuis l'adolescence.

Il y a cinq ans un épisode de lombosciatique droite durant une semaine.

Histoire actuelle : Lumbago aigu début janvier 1965 - impulsion à la toux - sans irradiation radiculaire.

Consulte un chiropracteur qui après deux manipulations aussi intempestives qu'illégales (abaissement du bassin, remonté de l'estomac, remise en place de plusieurs vertèbres) apparition rapide d'une sciatique droite de type SI.

Rapidement sciatique hypéralgique nécessitant l'hospitalisation dans les environs de LYON.

26 JUIN 1965 : - A l'entrée dans le Service du Pr. VIGNON

- Sciaticque droite SI - raideur vertébrale - Lasègue 45° - baillement postérieur L5/SI.

Malgré le mauvais terrain psychologique nous tentons une manipulation qui a pour seul effet de permettre que la malade puisse se mettre à plat ventre et faire disparaître la cyphose antalgique. Nous n'insistons pas et cette malade est soumise à dix tractions et deux lucheris qui l'améliorent.

BL... Clotilde

47 ans

Dossier 2213

2 JUIN 1965 : - Il s'agit d'une malade de 47 ans qui présente depuis deux mois une sciatique gauche de type L5 - la douleur est très intense.

Isothionafène BI - Cortancyl - Delta butazolidine sont restés sans effet - sciatique très intense avec à l'entrée :

- Schober IO/I2 - Lasègue bilatéral 50° -

Echec du lucherini - quatre tractions sont très mal supportées.

On essaie trois manipulation sans succès spec aculairre. Amélioration progressive, à la suite d'épidurale, du syndrome subjectif, car les signes objectifs sont inchangés.

Donc facteur inflammatoire au premier plan par rapport au facteur mécanique.

BO.... Guy

26 ans

Dossier 2230

24 FEVRIER 1965 - Hospitalisation

Cet homme de 29 ans qui a déjà présenté en 1962 une sciaticque droite très intense avec rechute en 1963, présente depuis trois mois une sciaticque droite de type L5 : -Schober IO/I2 - Lasègue droit 50° - Controlatéral à 80°.

5 MARS 1965 : - Professeur VIGNON

Amélioration subjective de la sciaticque droite de type L5 par les tractions après échec de deux manipulations.

Les signes objectifs restant les mêmes, traduisant une hernie discale très nette - faire porter un lombostat très rigide le malade refusant l'intervention.

MA.... Robert

33 ans

2 DECEMBRE 1964 : - Professeur VIGNON

Cet homme de 33 ans lombalgique depuis un an présente depuis un mois une sciaticque droite de topographie imprécise; raideur vertébrale intense - Schober IO/IO - scoliose antalgique croisée - Lasègue 20° à droite, 45° à gauche.

Après deux manipulations à cinq jours d'intervalle: Schober IO/I2,5 ; peut rester assis pendant quinze minutes mais Lasègue inchangé.

On considère donc ce malade comme un échec des manipulations.

FI.... Angélo

33 ans

Dossier 2976

1963 : - Lumbago aigu

décembre 1964 : - Lumbago aigu un mois puis apparition progressive d'une sciatique droite rapidement hypéralgique.

Hospitalisation après consultation du Pr. VIGNON

8 FEVRIER 1965 : - Cet homme de 33 ans, d'un état général qui a eu dans les années précédents deux lombalgies présente depuis deux mois une sciatique droite de type SI - raideur vertébrale Schober IO/I2 - Lasègue 75° - Achilléen droit aboli - traitement médical et tractions.

19 FEVRIER 1965 : - Professeur VIGNON

Cinq tractions n'ont pas donné satisfaction. Après une manipulation le Lasègue a disparu. Quitte le service - repos un mois - lombostat, rééducation et massage.

21 JANVIER 1966 : - A été très bien malgré son travail pénible pendant sept mois. Récidive d'une sciatique droite pour soulever un poids, début sept. 1965.

Deux manipulations pratiquées à titre ambulatoire, mais le malade poursuit son travail.

18 JANVIER 1966 : - Rechute d'une sciatique droite depuis trois semaines - lombostat, manipulations, changement de métier.

24 JANVIER 1966 : - Une manipulation et lombostat plâtré immédiat.

26 FEVRIER 1966 : - Va mieux - plus de Lasègue, quelques lombalgies nocturnes - rééducation sous plâtre puis sous lombostat.

MAI 1966 : - Revu ce malade qui a décidé de prendre quelques précautions professionnelles - paraît enfin guéri.

ZA.....

37 ans

Dossier I667

Accident initial : - Novembre 1960 lumbago d'effort.

Evolution - 4ème épisode actuellement.

Hospitalisation en avril 1964 pour sciatique droite a eu avec succès : manipulations, tractions, radar.

28 DECEMBRE 1964 : - Rechute sciatique droite après effort.

Schober IO/IO,5 - scolio e croisée - Lasègue droit 80° - douleur lombo-sacrée mais aussi douleur coccygène à la station assise après manipulation coccygène.

19 OCTOBRE 1965 : - Nouveau séjour - a récidivé - Lasègue droit 80° - Schober IO/I2 - Scoliose croisée - a cause de l'évolution on pratique un méthiodal qui ne montre pas de hernie discale, par ailleurs malade très dystonique. On n'a pas refait de manipulation, poursuite du traitement médical. Lombostat = rééducation - Equanil.

BO..... Germaine

42 ans

Dossier 2168

Sciatique SI depuis novembre 1963 - traitement médical - aggravation progressive (échec du traitement médical et de la radiothérapie).

22 MARS 1965 : - Entre dans le service -

Femme de 42 ans, lombalgique ancienne qui actuellement souffre à nouveau depuis quatre mois d'une sciatique de type L5.

Raideur vertébrale intense - Schober IO/II - scoliose antalgique croisée - Lasègue droit 45° - pas de signe déficitaire mais irradiation inguinale.

Traitement, manipulation.

Trois manipulations sont pratiquées à quatre jours d'intervalle, dès la première le Lasègue passe à 70° et on note la cédation de l'irradiation inguinale.

2 AVRIL 1965 : - Professeur VIGNON

Va beaucoup mieux - n'a plus de Lasègue mais garde une scoliose et une raideur vertébrale, on fera massage O.C. Equanil.

27 AOUT 1965 ! - Allait bien, avait repris son travail mais depuis trois mois souffre à nouveau de sciatique droite L5 avec scoliose antalgique mais sans Lasègue net.

10 SEPTEMBRE 1965 : - Après treize tractions et trois épidurales garde une sciatalgie à la marche et une lombalgie lombo-sacrée.

On fait une manipulation qui fait immédiatement céder la douleur à la marche mais n'agit pas sur la raideur rachidienne.

15 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Ne souffre presque plus - n'a plus de Lasègue - garde une importante scoliose antalgique qui traduit sans doute la persistance d'une hernie discale. Indication opératoire à envisager mais que redoute la malade.

VE.... André

57 ans

Dossier 3172

A l'entrée le 6 Septembre 1965 :

Cet homme de 57 ans porteur depuis 30 ans d'un psoriasis, par ailleurs lombalgique ancien, présente depuis le 14 Juillet 1965 une sciatique droite de type L5 avec scoliose antalgique - Schober 10/10 - Lasègue droit 30° - P.S. 92 cm.

A noter un douleur inguinale - abolition du rotulien droit depuis huit jours.

Dès la première manipulation vertébrale le Lasègue disparaît - P.S. 18 cm - Le résultat se dégrade un peu dans les jours suivants.

22 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Après quatre manipulations va mieux.

- Lasègue 75° à droite - scoliose antalgique variable - tantôt droite, tantôt gauche, se plaint toujours d'une douleur inguinale.

Un essai de quatre tractions a été mal supporté.

SI..... Antonio

36 ans

Dossier 3171

8 SEPTEMBRE 1965 : - Cet homme de 36 ans, sans antécédent à souffert durant deux mois d'une lombalgie aiguë en janvier 1965 - Depuis Août 1965 apparition progressive d'une sciatique gauche SI. - Schober 10/12,5 - Lasègue gauche 45°.

20 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Après deux manipulations vertébrale a été amélioré.
- Lasègue gauche 60°.

27 SEPTEMBRE 1965 : - Souffre toujours - Lasègue fin de course à gauche - persistance de lombalgie lombo-sacrée malgré des tractions.

CA... Marcelle

35 ans

Dossier 2086

ACCIDENT INITIAL : Lombalgie traumatique qui s'installe en 1960 - Depuis un lumbago aigu par an.

SEPTEMBRE 1963 : - Sciatique gauche SI d'effort en flexion. méthiodal et intervention - cure de hernie discale L5/SI.

Intervalle libre de cinq mois sans aucun signe.

Récidive en février 1964. A nouveau sciatique gauche SI hypéralgique - nouveau méthiodal qui ne montre rien.

Consulte à ce moment le Pr. VIGNON qui décide l'hospitalisation à LYON dans son service.

27 NOVEMBRE 1964 : - Cette femme de 35 ans opérée pour hernie discale avec sciatique gauche en septembre 1964 qui a travaillé de janvier à novembre 1964 debout, présente depuis le 11 novembre 1964 une sciatique gauche de type SI avec abolition de l'Achilléen et Lasègue à 75°.

On fera manipulation et traitement médical.

11 DECEMBRE 1964 : - Professeur VIGNON

Très amélioré par le repos - trois manipulations mais elle n'est pas guérie - elle veut cependant rentrer chez elle .

On conseille repos au lit avec traitement médical pendant un mois.

SCIATIQUES MANIPULEES AVEC ECHEC, PUIS OPEREES

DO... Gilbert

28 ans

Dossier I678

I96I - Accident initial

Mouvement exagéré et brusque en hyperlordose lombaire et apparition d'une sciatique droite de type SI.

Avait eu I3 tractions - trois manipulations - 5 épidurales.

20 NOVEMBRE 1963 : - Après rémission complète souffre à nouveau depuis deux mois avec Lasègue droit à 30°.

24 JANVIER 1963 : - N'a pas été complètement guéri.
Schober IO/I3 - Lasègue à 60° -

30 JANVIER 1963 : - Méthiodal - amputation de la racine droite SI mais accident lypothymique - le malade redoute l'intervention - corset plâtré - et il reste deux mois sans souffrir.

9 JUIN 1965 : - Depuis mars 1963 ne souffrait plus - a poursuivi sa rééducation durant un an . Actuellement après effort pour repeindre son plafond souffre à nouveau.

Récidive - Lasègue droit 45° - controlatéral 60° - Schober IO/I3. On ne reprend pas les tractions qui ont été un échec et on fera des manipulations.

18 JUIN 1965 : - Après trois manipulations amélioration partielle, modérée mais certaine - Lasègue droit 60° - disparition du controlatéral - Schober IO/I3,5 - on refait un lombostat plâtré qui avait si bien réussi à ce malade.

24 MAI 1966 : - Echec du lombostat plâtré - intervention.

BE....

38 ans

Dossier 2403

27 JANVIER 1966 : - Cette femme de 38 ans qui a déjà présenté de sciatiques depuis 1960 présente depuis janvier 1965 (sept mois) une sciatique droite de type SI avec abolition de l'Achilléen droit.

A l'entrée : Lasègue droit 30° - Lasègue controlatéral 60° - Schober IO/II -

31 JANVIER 1966 : - Professeur VIGNON

Très améliorée par deux manipulations vertébrales, puisque le Lasègue est aujourd'hui en fin de course des deux côtés - la colonne est souple - et surtout la malade ne souffre plus du tout. LA marche est normale.

25 MARS 1966 : - La malade présente une rechute aiguë à son domicile à Chambéry, elle est hospitalisée dans cette Ville où sont pratiquées manipulations vertébrales - tractions sans résultat. On note une aggravation progressive avec apparition d'un syndrome de la queue de cheval.

13 AVRIL 1966 : - La malade est réhospitalisée dans le Service du Professeur VIGNON qui décide le passage immédiat en milieu chirurgical.

16 AVRIL 1966 : - Intervention chirurgicale - exérèse d'une hernie discale géante ayant presque perdu droit de cité issue de l'espace L5/LI.

MA... Georges

19 ans

Dossier 3248

EN JANVIER 1965 : - En soulevant un pilier de béton lombalgie sub-aiguë.

MARS 1965 : - A la suite d'une chute sciatique droite L5 ; depuis juillet 1965 le malade a interrompu son travail.

3 DECEMBRE 1965 - A l'entrée : - Schober IO/I4 - Inclinaison antalgique droite - Lasègue droit 45° - Controlatéral en fin de course.

On pratique une manipulation vertébrale. Le malade se penche mieux - peut marcher en tendant la jambe mais Lasègue inchangé.

17 DECEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

A eu une manipulation vertébrale - six tractions - échec complet - symptomatologie indangé - indication opératoire.

16 FEVRIER 1966 : - Exérèse d'une hernie discale en même soulevant la racine L5 avec turgescence veineuse en aval de la hernie et sur la racine.

DA... Françoise

26 ans

Dossier 2367

17 NOVEMBRE 1965 : - Cette jeune femme de 26 ans souffre de lombalgie depuis son dernier accouchement en mai 1965 et d'une sciatique droite apparue en Août, de type SI qui a résisté au traitement médical courant.

Après trois mois d'évolution :

- Lasègue droit 30° - Controlatéral 50°.

20 NOVEMBRE 1965 : - On pratique une manipulation coxigynne qui permet aussitôt à la malade de s'asseoir dans douleur à ce niveau.

Après manipulation vertébrale : Lasègue droit 45° - controlatéral 60° .

Le résultat de la manipulation coccygynne reste acquis mais du point de vue sciatique un essai de six tractions n'apporte pas de meilleur résultat.

10 DECEMBRE 1965 - Devant la durée, l'évolution, l'importance des symptômes restant intervention : exérèse d'une hernie discale L5/SI droite.

PR.... Blandine

41 ans

dossier 2382

19 DECEMBRE 1965 : - Cette femme de 41 ans, sans antécédent, a présenté une lombalgie aiguë intense en Avril 1964 après un traumatisme. elle souffre depuis Mars 1965 d'une sciatique droite de type SI devenue très douloureuse depuis juillet. Elle a subi de multiples traitements sans succès avec seulement amélioration éphémères après huit tractions.

A l'entrée : Schober IO/II - Lasègue droit 40° - Scoliose antalgique - Achilléen aboli.

Après une manipulation - Lasègue droit 60°

23 DECEMBRE 1965 : - Après la deuxième manipulation Lasègue droit à 80° - Schober IO/I3,5 - P.S. 44 cm - persistance d'une scoliose croisée.

27 DECEMBRE 1965 : - Le bon résultat obtenu se détériore qu'une troisième manipulation n'améliore pas - à nouveau Schober IO/I2. Lasègue droit 60°.

Devant le temps d'évolution on pratique un méthiodal qui montre l'amputation de la racine SI.

31.12.1965 : - Intervention - Exérèse d'une hernie discale L5/SI droite.

RI.... Jeanne

24 ans

Dossier 2391

17 DECEMBRE 1965 : - Cette jeune fille de 24 ans - employée de bureau - lombalgique depuis une chute de ski il y a trois ans - présente depuis trois semaines une sciatique droite avec cyphose lombaire - Lasègue à 45° à droite - diminution de l'Achilléen - P.S. 51 cm - scoliose directe.

Après la première manipulation - P.S. 41 cm

Après la seconde le Lasègue passe à 70° à droite.

Mais le résultat se détériore rapidement.

7 JANVIER 1966 : - Après trois semaines de traitement médical, ainsi que deux manipulations puis onze tractions aucune amélioration. Le méthiodal pratiqué montre une amputation de la racine SI à droite - Indication opératoire.

LA... René

30 ans

Dossier 3306

26 JANVIER 1966 : - Cet homme de 30 ans souffre depuis deux mois de sciatique gauche L5 avec Lasègue bilatéral à 30°.

- Schober IO/IO - douleur sciatique intense sans recrudescence nocturne chez ce malade par ailleurs ulcéreux.

Echec complet de deux manipulations.

4 FEVRIER 1966 : - Après échec de tous les traitements médicaux et mécanique manipulation puis six tractions, intervention : ablation d'une hernie discale très nette L4/L5.

GR.... André

24 ans

Dossier 3214

22 OCTOBRE 1965 : - Cet homme de 24 ans souffre de lombalgie depuis un an environ et depuis un mois d'une sciatique gauche SI hypéralgique dont l'intensité rend la marche difficile.

- Schober IO/IO - Lasègue gauche 20° - Controlatéral 40° - Abolition de l'Achilléen gauche.

Echec de deux manipulations et de tout le traitement médical complété par deux tractions.

9 DECEMBRE 1965 : - Intervention - Exérèse d'une volumineuse hernie qui soulève la racine SI.

BO.... Guy

40 ans

Dossier 3210

22 OCTOBRE 1965 : - Cet homme de 40 ans présente depuis un mois et demi une sciatique de type L5 avec scoliose directe Lasègue bilatéral à 35°.

3 NOVEMBRE 1965 : - Echec des manipulations - une élongation avait entraînée une augmentation très nette de la douleur.

8 NOVEMBRE 1965 : - Intervention - saillie très nette d'un disque ramolli et pathologique - curetage.

LA... Philibert

30 ans

Dossier 3228

15 NOVEMBRE 1965 : - Cet homme de 30 ans présente depuis septembre 1965 une sciatique gauche de topographie L5 avec scoliose croisée - Lasègue à 30° bilatéral.

26 NOVEMBRE 1965 : très amélioré par deux manipulations - ne souffre plus à la toux - Le lasègue est passé de 30° à 80° - garde un Lasègue controlatéral en fin de course.

7 DECEMBRE 1965 : - A rechuté trois jours après sa sortie de l'hôpital ; devant l'importance des signes cliniques - intervention le 16 Décembre 1965 qui montre une volumineuse hernie L4/L5 refoulant la racine en dedans et en arrière.

PI..... Françoise

36 ans

Dossier 2307

17 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Après dix tractions état inchangé chez cette malade en A.T. qui présente depuis deux mois I/2 une sciatique gauche de type SI avec Lasègue à 45° à gauche - fin de course à droite.

24 SEPTEMBRE 1965 : - N'a plus de Lasègue qu'en fin de course après deux manipulations vertébrales - Schober IO/I2.

On propose un corset plâtré.

3 DECEMBRE 1965 - A rechutée - l'intervention pratiquée le 19 Novembre 1965 montre une volumineuse hernie discale L4/L5.

GH..... Angelo

26 ans

Dossier 3180

3 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Ce jeune homme de 26 ans présente depuis le mois de juin 1965 une sciatique gauche de type L5 avec raideur vertébrale intense - Lasègue 30° .

On fera manipulation.

27 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Echec des manipulations vertébrales car après en avoir fait trois le Lasègue reste à 30° - On passe aux tractions.

Après échec de cinq tractions l'intervention est proposée. Elle montrera une volumineuse hernie L4/L5.

RE..... Emile

39 ans

Dossier 3190

30 AOUT 1965 : - Le malade a été opéré en janvier 1962 pour une sciatique paralysante L5 à gauche. Depuis il n'avait plus souffert.

Depuis deux mois rechute sciatique gauche L5 - scoliose antalgique croisée - Schober IO/I2 - Lasègue 80°

10 SEPTEMBRE 1965 : - Professeur VIGNON

Après quinze jours de repos et neuf tractions souffre toujours - Lasègue bilatéral à 75° - on fera des manipulations vertébrales.

13 SEPTEMBRE 1965 : - Souffre beaucoup - échec d'une manipulation - intervention.

21 SEPTEMBRE 1965 : - Cure d'une volumineuse hernie comprimant la racine SI gauche.

NO..... Noël

31 ans

Dossier 3140

Histoire actuelle : - Depuis six mois lombalgie depuis un mois sciatique SI.

11 Août 1965 : - A l'entrée dans le Service : - Schober IO/I3 Lasègue gauche 80° -

On pratique deux manipulations.

16 AOUT 1965 : - Professeur VIGNON

Va bien - ne souffre plus - examen négatif.

23 DECEMBRE 1965 : - A été très bien deux mois - Récidive fin septembre - traitement médical phénilbutazone - excellent résultat en trois jours sans interruption de travail.

11 DECEMBRE 1965 : - Rechute - lumbago - sciaticque gauche SI au bout de trois jours.

24 DECEMBRE 1965 : - Nouveau séjour - Schober IO/12,5 - P.S. 60 cm - Attitude antalgique - cyphose lombaire avec scoliose croisée - Lasègue gauche 40° - Controlatéral 60°.

Deux manipulations : après la première :

Lasègue gauche 60° - Après la deuxième :

Lasègue gauche 80°. Disparition du controlatéral, Schober IO/I4 - P.S. 36 cm.

Lombostat plâtré six semaines pour consolidation.

Plus de Lasègue à la sortie du lombostat - reprise progressive de la rééducation.

AVRIL 1966 : - Rechute - intervention - Ablation d'une volumineuse hernie discale.

RO... Antonio

24 ans

Dossier 3I56

4 AOUT 1965 : - A l'entrée :

Malade de 24 ans, Portugais, qui présente depuis un mois une sciaticque de topographie SI apparue après un effort en A.T. qui a résisté à trois semaines de repos et traitement médical.

- Schober IO/I2 - Scoliose directe - Lasègue gauche 30° - Atrophie de la cuisse et du mollet - Achilléen faible - sans trouble moteur.

Une manipulation a été un échec complet - on essaie tractions.

Après treize tractions le tableau persiste inchangé.
Lasègue gauche 45° - Le méthiodal montre une image de hernie L5/SI.

Intervention - Grosse hernie discale L5/SI séquestrée à l'intérieur du canal.

RA... Jacques

30 ans

Dossier 3104

Histoire de la maladie : - Depuis juillet 1964 douleurs lombosacrées après chute sur les fesses. Septembre 1964 lombalgie aiguë d'effort - Butazolidine - Trencopal - rééducation qui donne des résultats passagers - rechute en décembre 1965 - Butazolidine Scopos - tractions . La première traction aggrave le malade avec apparition d'une sciatique gauche de type L5.

12 MAI 1965 : - Professeur VIGNON - Hospitalisation

Cet homme de 30 ans qui souffrait de lombalgie depuis juillet 1964 présente depuis quinze jours à la suite d'une traction une sciatique droite de type L5 avec scoliose directe - Lasègue bilatéral à 10° - Essai de manipulation.

Après une manipulation : Lasègue gauche 60° - droit 30° - mais résultat très transitoire - intervention décidée.

17 MAI 1965 : - Laminectomie et ablation d'une hernie L4/L5.

MI.... Sylvie

48 ans

Dossier 2166

Accident initial - Lombalgie aiguë il y a cinq ans depuis quelques épisodes mineurs.

8 MARS 1965 : - Depuis un an sciatique de topographie L5 qui a résisté au traitement médical. Tractions - épidurales et manipulations faites à titre ambulatoire à Valence.

13 Mars 1965 : - Professeur VIGNON

Les deux manipulations refaites dans le service se sont soldées par un échec - raideur vertébrale - Lasègue à 40° - durée de l'évolution rendent l'intervention nécessaire.

2 AVRIL 1965 : - Exérèse d'une hernie L5/SI ayant perdu droit cité qui est redescendue à plus de un cm au-dessous du bord inférieur de SI.

GA..... Lucien

28 ans

Dossier 2974

Accident initial février 1964 - lumbago aigu guéri par une manipulation.

Novembre 1964 - Sciatique gauche.

Hospitalisation le 8 février 1965 - Professeur VIGNON

Cet homme de 28 ans présente depuis le 21 novembre 1964 après un effort une sciatique gauche de topographie imprécise avec Lasègue à 75°.

17 FEVRIER 1965 : - Professeur VIGNON

Après dix tractions va mieux - reste un peu raide - Lasègue à 80° -

On arrêtera le traitement et on fera une manipulation.

Avant manipulation : Schober 10/13 - P.S. 36 cm - Lasègue 80° - douleur élective au niveau de L4.

19 Février 1965 - Après manipulation : Lasègue toujours à 80° mais disparition de la douleur lombaire à la station assise.

29 Mars 1965 : - Va bien - ne souffre plus - Lasègue toujours à 80° à l'examen, colonne souple - rééducation.

13 NOVEMBRE 1965 : - Depuis une semaine récurrence sciatique gauche - Lasègue 20° - très raide.

Amélioration passagère par manipulation, on essaye un lombostat plâtré.

Malgré tout, devant l'aggravation progressive, on décide l'intervention.

6 Janvier 1966 : - Intervention - volumineuse hernie extériorisée dans le canal rachidien à l'exploration du disque L5/S1 Abondance des veines épidurales.

PO.... André

42 ans

Dossier 3186

28 SEPTEMBRE 1965 : - Ce malade de 42 ans en excellent état général présente depuis un accident du travail en février 1960 une sciatique droite L5 traînante, qui a résisté au traitement fait à Chambéry : Tractions, Manipulation, traitement médical.

A l'entrée : Schober 10/12 - Scoliose antalgique croisée - Lasègue droit 40° - Controlatéral 60°.

Après une manipulation disparition du Lasègue controlatéral - Lasègue droit 70°.

Après essai du lombostat plâtré nouvelle rechute qui après l'échec du traitement médical conduit à l'intervention.

29 NOVEMBRE 1965 : - Ablation d'une hernie L5/SI.

10... Françoise

22 ans

Dossier 2139

15 FEVRIER 1965 - Cette jeune femme de 22 ans présente depuis quatre ans une sciatique droite de topographie L5 survenue après un lumbago d'effort.

A l'entrée : - Schober 10/12 - Scoliose croisée - Lasègue droit 60° - La radio montre un baillement L4/L5 avec malformation de la charnière spina-bifida de plusieurs vertèbres sacrées.

A eu dans le service six tractions. La malade va mieux.

Rechute brutale la nuit. Hospitalisée-en se tournant sensation de craquement, reprise de la douleur sciatique L5 avec Lasègue à 45°.

La manipulation est motivée par cette rechute. LA réduction au niveau de L4/L5 entraîne la cédation immédiate de tous les symptômes. Plus de Lasègue, colonne souple.

22 FEVRIER 1965 : - Professeur VIGNON

Examen entièrement négatif. Aujourd'hui la malade ne souffre plus depuis une manipulation - elle rentre chez elle - rééducation.

Après reprise de son travail de coiffeuse fait quelques rechutes bien jugulées par une manipulation.

Juillet 1965 rechute à nouveau que n'améliore plus ni manipulation ni traitement médical. Intervention le 15 septembre 1965 où l'on note anomalie complexe de la dure-mère sous les parties molles sans couverture osseuse. Laminectomie de L5/SI et L4/L5 - pas de hernie vraie - On se contente de la décompression.

LES DORSALGIES

Nous n'avons qu'un cas de dorsalgie, nous le rapportons car si il est fréquent de rencontrer des dorsalgies bénignes en consultation hospitalière, il est rare q'une dorsalgie par sa résistance aux traitements et son temps d'évolution ainsi que son caractère clinique particulier nécessite une hospitalisation. L'examen suivi de la thérapeutique manuelle élective apporte une heureuse solution.

D O R S A L G I E

ES.... Joséphine

29 ans

Dossier 2273

11 AOÛT 1964 : - A l'entrée

Cette jeune femme de 29 ans présente depuis deux mois une dorsalgie interscapulaire en D9 environ de déclenchement presque exclusivement nocturne réveillant la malade vers trois à quatre heures du matin, avec irradiations bilatérales sous les seins à gauche surtout. La position assise aggrave la douleur ainsi que le port de son bébé. Léger amaigrissement de deux Kgs en deux mois.

Après avoir éliminé une cause organique neurinome en particulier la malade nous est confiée.

L'examen vertébrothérapique montre une douleur élective au niveau de D9 et sur la costo transversaire gauche.

On pratique une manipulation.

16 AOÛT 1965 : - Professeur Vignon

A été transformée par une manipulation - ne souffre plus la nuit.

LES CRURALGIES

La Névralgie crurale commune répond très bien aux Manipulations vertébrales. Nous n'avons que deux cas isolés et quelques associés et décrits avec les lumbagos. Nous ne donnerons donc pas de résultat chiffré.

L'examen vertébrothérapique réveille une douleur au niveau de L2/L3 ou de L3/L4. Le Lasègue crural est positif, la scoliose antalgique est convexe du côté homologue le plus souvent.

Il n'existe pas toujours une lombalgie nette associée.

CRURALGIES

MO.... Antoine

60 ans

Dossier 3221

10 NOVEMBRE 1965 : - Cet homme de 60 ans présente un ulcus gastrique - souffre depuis trois semaines d'une névralgie crurale droite surtout nocturne avec amyotrophie de la cuisse droite.

19 NOVEMBRE 1965 : - Amélioration spectaculaire par deux manipulations - Ne souffre plus - souplesse lombaire sub-normale - n'a plus de Lasègue crural.

AR.... Ginette

43 ans

Dossier 2447

16 MARS 1966 : - Cette malade de 43 ans qui souffre de lombalgies depuis plusieurs années est hospitalisée parce qu'elle présente depuis octobre 1965 (5 mois) une névralgie crurale gauche avec amyotrophie de un cm au niveau de la cuisse. La radio montre une arthrose L3/L4 avec image pseudo-pottique. on pratique les examens complémentaires avant d'envisager la vertébrothérapie.

- Lasègue crural net à gauche
- Raideur vertébrale intense
- Schober IO/II

La douleur crurale apparaît paroxystique à la marche qui est très difficile. Il existe un fond douloureux permanent lombaire gauche.

La malade nous est confiée pour manipulation :

On retrouve à l'examen une douleur élective sur l'articulaire L3/L4 à gauche ; on manipule à ce niveau.

23 MARS 1966 : - Professeur VIGNON

Excellent résultat - ne souffre plus - n'a plus de Lasègue crural - colonne souple avec Schober IO/II donc guérison de névralgie crurale par deux manipulations vertébrales chez cette malade qui souffrait depuis cinq mois.

LES CERVICALGIES

LES CERVICALGIES COMMUNES :

Les causes traumatiques :

Traumatisme direct ou indirect de plus en plus fréquent avec les accidents de voiture, où la colonne cervicale balotte brusquement d'hyperflexion en hyperextension, sont une cause importante des cervicalgies aiguës, qui sont émaillées de torticolis dont l'impotence fonctionnelle est souvent si marquée que le malade se présente dans l'attitude des traumatisés de l'épaule. La douleur est telle que l'examen est presque impossible ; il n'est pas question de pratiquer à ce moment une manipulation ; celle-ci devient possible après traitement décontracturant et anti-inflammatoire accompagné d'un repos absolu. La manipulation sera très bénéfique si elle est encore nécessaire.

Le syndrome de BARRE-LIEOU avec ses épisodes vertigineux, les céphalées occipitales postérieures à irradiations craniennes temporale ou sus-orbitaire, avec les acouphènes, les troubles psychiques (sensation d'absence, de difficulté à suivre un raisonnement, une conversation ou à se concentrer sur un travail).

Les manipulations vertébrales apportent un traitement de choix à la condition que l'examen vertébral cinétique mais surtout MANUEL les légitime.

On peut trouver une limitation douloureuse des mouvements de la tête, la palpation cervicale haute réveille la céphalée occipitale postérieure et ses irradiations faisant comme d'habitude le diagnostic d'organe et la zone où appliquer la thérapeutique manuelle qui donne des résultats souvent spectaculaires.

En premier sur la sensation vertigineuse au changement de position de la tête, puis sur la céphalée occipitale, ses irradiations et les troubles psychiques d'accompagnement.

Le résultat sur les acouphènes est beaucoup moins bon.

Un certain nombre de malades étiquetés "Syndrome subjectif des traumatisés craniens" sont ainsi très améliorés par deux ou trois manipulations vertébrales alors qu'ils souffraient depuis un an au plus, après avoir eu comme c'est souvent le cas un bilan indispensable dans un service de neurochirurgie, si celui-ci s'avère négatif il faut penser que l'examen clinique de la colonne cervicale peut faire à la fois le diagnostic et permettre l'application de la thérapeutique manuelle.

LES NEURALGIES CERVICO-ERACHIALES

Les formes hypéralgiques ne sont pas une bonne indication des manipulations vertébrales. Par contre les formes aiguës ou chroniques sont une excellente indication. Les N.C.B. s'accompagnent parfois d'irradiations thoracique antérieures qui peuvent en précéder l'apparition ; elle amène la malade à consulter un Gynécologue si la douleur s'irradie au niveau du sein droit, au niveau du sein gauche, les malades des deux sexes consultent souvent chez un cardiologue. Les irradiations thoraciques postérieures fréquentes sont interscapulaires jusqu'à D9 environ.

LES CAUSES DEGENERATIVES essentiellement l'arthrose cervicale. Nous citerons un extrait d'un article de M. DEVIC qui se passe de tous commentaires. (8).

"Parmi les facteurs invoqués à l'origine des Névralgies alypiques, il en est une qui a acquis une place de premier plan : l'arthrose cervicale. On connaît tout l'ensemble symptomatique évocateur : irradiation douloureuse dans la nuque et les épaules ; nyctalgies parasthésiques, plus que grande névralgie cervico-brachiale ; notion de traumatisme crânien avec gêne cervicale secondaire et épisodes répétés de torti-

colis ; épisodes vertigineux type BARRE-LIEOU ; enfin classique pari-arthrite scapulo-humérale réflexe. L'examen recherche la limitation douloureuse des mouvements de la tête, surtout rotation, et la douleur provoquée à la pression des apophyses transverses. En contraste, l'extrême variabilité des signes radiologiques mérite d'être rappelée; Certaines discarthroses impressionnantes et d'une remarquable indolence ont servi d'argument contre la pathogénie des lésions cervicales. Il ne faut pas refuser à de discrets aspects de rotation, de pincement latéral ou de décalage antéropostérieur, une responsabilité en présence de tels tableaux. Un examen radioscopique permet même d'examiner la dynamique de la colonne cervicale et rend parfaitement compte de la valeur de ces petites altérations bien plus que ne le font des films pris en position extrême de flexion - extension, qui ne mettent nullement en évidence ces lésions, mais au contraire tendent à les corriger. On se souviendra que les discarthroses solides et pontées n'ont aucune responsabilité directe et que les phénomènes douloureux naissent des articulations sus et sous-jacentes soumises aux efforts supplémentaires de compensation. Un argument de valeur nous est fourni par le traitement vertébrothérapique.

Pratiqué après un bilan radiologique systématique qui élimine toute autre lésion ostéoarticulaire, et en tenant compte de quelques classiques contre-indications (volumineu-

ses lésions pontées anciennes, fragilité osseuse, athérome important et grand âge) il constitue, entre des mains expertes, une arme thérapeutique aussi spectaculaire qu'efficace."

CERVICALGIES

NI... Maurice

48 ans

C.

29 AVRIL 1966 : - Cet homme de 48 ans a subi le 17 décembre 1964 en A.T. une fracture du col de l'omoplate avec fracture des 2ème - 3ème - 4èmes côtes droites. Il se plaint depuis d'algies cervico-brachiales récidivantes de topographie généralement C8. Il a interrompu plusieurs fois son travail plusieurs mois à cause de cette douleur, qui cette fois motive l'hospitalisation.

A l'examen, douleur cervicale inférieure droite élective avec limitation de la rotation droite du cou qui est douloureuse ainsi que l'extension. Le trajet de la N.C.B. est de type C8.

4 MAI 1966 : - Professeur VIGNON

A été manipulé deux fois - ne souffre plus - examen cervical négatif.

DU....

40 ans

20 AVRIL 1966 - Hospitalisation

Ce malade avait il y a deux ans souffert d'une N.C.B. droite durant deux mois.

Depuis un mois et demi il souffre à nouveau d'une N.C.B. droite de type C7 qui ayant résisté aux traitements médicaux a nécessité l'hospitalisation à LYON.

La douleur nocturne est vive. La journée la malade garde une impotence fonctionnelle marquée du bras droit avec cervicalgie cervicale postérieure droite à cause du trantocoli persistant.

A l'examen la tête ne peut tourner de plus de 30° à droite déclenchant un accès de N.C.B. le cou est raide.

Après la 1ère manipulation la rotation du cou à droite est sub-normale et ne déclenche la N.C.B. qu'en fin de course. La douleur subjective a considérablement diminuée.

Après la seconde manipulation, les mouvements de la colonne cervicale sont normaux et non douloureux. Persistance d'une discrète dysesthésie C7 droite à l'effort.

CH... Jean

41 ans

C.

ANTECEDENTS : deux torticolis aigus depuis un an avec au second apparition d'une N.C.B. gauche de type C8, avec en même temps le classique trajet douloureux dorsal descendant - cet épisode aurait duré quatre mois malgré le traitement médical.

Cette année apparition d'un torticoli le 15 Août 1965, pendant une semaine le malade reste bloqué la tête en rotation gauche, dans le décours réapparaît la N.C.B.

15 SEPTEMBRE 1965

Nous le voyons pour la première fois.

La douleur nocturne cervico-brachiale est vive et réveille le malade. La journée dysesthésie des doigts, la douleur augmente à la fatigue - trajet C8 typique.

A l'examen : la rotation gauche de la tête est limitée à 30° - la flexion et l'extension sont douloureuses. On trouve une douleur élective au niveau de C6, C7 à droite et D3 à gauche.

Une manipulation vertébrale pratiquée à ces deux niveaux permet la rotation immédiate de la tête normalement vers la droite.

La douleur subjective a considérablement diminuée.

27 SEPTEMBRE 1965 : - Disparition totale de la douleur nocturne. L'examen clinique est négatif au niveau du cou.

Après deux manipulations vertébrales persistance à la fatigue de discrète dysesthésie du bord interne du bras.

TR... Michel

47 ans

A débutée le 7 janvier 1964 - chute de quatre marches dans les escaliers - traumatisme de la cheville et cervic-algie avec vertiges au changement de position. Les différents traitements proposés n'ont apportés aucune amélioration : IO infrarouges - massages - radiothérapie.

II SEPTEMBRE 1965 : - Apiveine - Hydegine - Sedatonyl.

Les tractions ordonnées ne sont pas faites.

Arrêt du travail depuis le II octobre 1965.

27 OCTOBRE 1965 : - Hospitalisation

Cet homme de 47 ans sans antécédent se plaint depuis le début de l'année d'une cervicalgie persistance. Il s'agit de douleur de la nuque médianes, sans irradiation cervico-brachiale mais avec de légers vertiges aux changements de position.

Examen clinique pauvre. Rotation du cou limité à droite.

Le malade nous est confié. L'examen de la colonne cervicale montre une lésion vertébrothérapique au niveau de C1/C2 à droite et C6 à gauche.

La première manipulation améliore la rotation droite de la nuque.

La seconde fait disparaître le vertige aux changements de la position.

3 NOVEMBRE 1965 : - Va mieux - après deux manipulations n'a plus de vertige - l'examen est négatif chez ce malade qui souffrait depuis 10 mois.

RO. .. Lucien

40 ans

3132

2 AOUT 1965 : - Cet homme de 40 ans présente depuis six mois une névralgie cervico-brachiale gauche dont la topographie est imprécise, avec extension à la main et qui est le siège de paresthésie diffuses, non calmées la nuit. Cette algie traitée dans la Drôme par Butazolidine - manipulation vertébrale - acupuncture - a résisté à toutes ces thérapeutiques et a motivé l'hospitalisation dans le Service.

une P.L. légitimée par le caractère rebelle de la douleur nocturne est normale.

Discopathie radiologique de C7/D1 sur le profil confirmé par le 3/4.

La gêne à l'extension du rachis cervical est marquée. Le malade est très gêné pour se raser car il ne peut lever le menton.

Le malade nous est confié et l'examen montre qu'il existe une douleur élective sur C7/D1 à gauche ainsi qu'un point douloureux sur la première côte.

On reprend donc les manipulations vertébrales, mais électivement à ce niveau.

6 AOUT 1965 : - Amélioration très nette après une seule manipulation pratiquée le 1er Août 1965. Il garde quelques paresthésies de la main mais disparition de la douleur dans le bras. L'extension cervicale est redevenue normale. Le point douloureux C7/DI a disparu.

NEVROSES ET MANIPULATIONS VERTEBRALES

On a beaucoup écrit sur le danger des manipulations vertébrales chez les névrotiques, en particulier sur l'obsession créée par le mythe de la vertèbre déplacée.

C'est un fait certain et il faut être très prudent dans ses déclarations à ce genre de malade, se méfier aussi du malade revendicateur qui se dit aggravé par les différentes thérapeutiques instituées sans qu'elles n'apportent jamais le moindre soulagement, il vaut sans doute mieux éviter de pratiquer des manipulations vertébrales dans ce cas.

Mais, il y a un certain nombre de malades étiquetés "névrotiques ou psychosomatiques" parce que l'examen clinique de routine est négatif et que les nombreux examens paraclinique souvent renouvelés sont normaux, malgré tout ces malades continuent à se plaindre d'une rachialgie persistante, ils émaillent leur description d'un luxe de détails qui fait parler de névrose. Dans le cas où la douleur a une certaine fixité anatomique où l'on retrouve une étiologie mécanique, se rappeler que l'examen clinique vertébral soigneux peut apporter la clé du diagnostic et que chez ces malades inquiets et dystoniques neurovégétatifs le blocage mineur d'une unité fonctionnelle vertébrale avec souvent au-dessus d'une zone de cellulalgie réflexe témoin du blocage sous-jacent peut constituer une épine irritative qui chez ce genre de malade va prendre

une importance considérable.

Le fait pour le Médecin d'affirmer - ce n'est rien - ne rassure pas le malade qui continue à souffrir, se fixe sur cette zone persuadé que le diagnostic n'a pas été fait, et cette douleur qui l'inquiète prend des proportions anormales dans la façon dont elle est ressentie et vécue.

Quand la Manipulations vertébrale est légitimée par l'examen vertébrothérapique manuel, le malade ayant la plupart du temps subi un grand nombre de traitement restés sans effet, il faut savoir manipuler ses malades, l'amélioration est souvent spectaculaire parce que la disparition du syndrome douloureux qu'elle entraîne est ressentie et interprétée avec la même décroissance de la symptomatologie.

Si la manipulation vertébrale peut à la rigueur avoir une action psychotérapique nous croyons surtout à sa valeur curative.

Il faut savoir s'arrêter, laissez la place aux massages, à la rééducation, aux autres thérapeutiques spécialisés, rien n'est absolu dans ce domaine mais le fait que le malade se dise nettement amélioré de son syndrome vertébral bien qu'il puisse persister d'autres signes de la série névrotique et bien en faveur de l'authenticité du syndrome douloureux vertébral ressenti.

Deux observations sont significatives à ce sujet :

- Dossier 243I page 102

- Dossier 3I37 page 86 ; chez ce malade en particulier qui anxieux agrémentait ses symptômes d'un riche cortège d'accompagnement qui l'avait fait hospitalisé craignant un drame abdominal aigu. Bien que la colonne soit souple, l'interrogatoire révélait que la douleur avait débuté après avoir fait les foins, d'où une notion étiologique d'efforts typiques en rotation pour charger les voitures de foins.

La manipulation vertébrale agissant électivement au niveau douloureux faisait disparaître instantanément le fond douloureux permanent et les signes d'examen manuel, dès ce moment la diminution du cortège des symptômes névrotiques d'accompagnement a été très rapide : reprise de l'appétit, du sommeil, etc...

Donc ne pas étiqueter lésion vertébrothérapique, toute rachialgie un peu bruyante et démonstrative dont l'étiologie n'apparaît pas nette mais y avoir penser en s'entourant de toutes les précautions que l'on a indiqué tout au long de cette Thèse.

AUTRES THERAPEUTIQUES ACCOMPAGNANT OU COMPLETANT
L'ACTION DES MANIPULATIONS VERTEBRALES

1°/ - La thérapeutique antalgique et anti-inflammatoire ; elle est indiquée pour atténuer la douleur rachidienne ou radiculaire, le conflit disco-radiculaire à une composante mécanique traitée directement par la manipulation, la composante inflammatoire plus longue à disparaître peut bénéficier du traitement médical (infiltrations, épidurales, luccherini, traitement anti-inflammatoire per os ou par voie parentérale).

Les décontracturants peuvent être prescrits pour favoriser la bonne exécution de la manipulation vertébrale par le relachement musculaire qu'ils procurent.

2°/ - KINESITHERAPIE POST MANIPULATIVE

Le traitement kinésithérapique post-manipulatif, massage et rééducation vertébrale sont d'une extrême importance. Ce n'est pas notre propos de développer ici ce chapitre, donnons en les lignes générales et les particularités adaptées à la rééducation post-manipulative.

On sait que les affections vertébrales justiciables de la thérapeutique manipulative sont sujettes aux récidives.

Le traitement de la kinésithérapie est pleinement justifié par cette notion de récidive où l'on trouve un facteur

favorisant.

FACTEURS FAVORISANTS :

Les rechutes sont conditionnées par la détérioration de la structure discale, associée le plus souvent à un déséquilibre de la statique vertébrale, lui-même engendré et maintenu par divers facteurs (déviations structurales de l'adolescence, habitus asthénique, déséquilibre synergique et insuffisance musculaire, remaniement arthrosique pour ne citer que les plus fréquents).

FACTEURS DECLENCHANTS :

C'est le traumatisme, l'effort, tout ce qui agit comme élément de décompensation au niveau d'une unité fonctionnelle vertébrale.

LE MASSAGE :

Dans toutes les scènes radiculaires hypéralgiques (lasègue précoce, douleurs radiculaires intenses, sciatique crurale ou cervico-brachiale) où il existe souvent associé une hyperesthésie de la peau, à cette phase le massage n'est pas indiqué et la rééducation à proscrire formellement.

Quand peut-on commencer le massage vertébral ?

C'est au moment où la contracture musculaire violente avec hyperesthésie de surface s'est amendée, et d'une

façon plus générale quand le malade peut rester sur la table en décubitus ventral ou dorsal (avec les cales de compensation nécessaires suivant les cas cliniques considérés). En effet, il ne nous paraît ni judicieux, ni efficace de masser un malade que la douleur oblige à conserver une attitude antalgique (attitude en chien de fusil par exemple) sur la table de massage, la bonne thérapeutique n'est pas représentée par le massage à ce moment.

Il faut toujours essayer de masser un malade complètement allongé dans une position de relachement total où les masses musculaires vertébrales sont d'un abord facile et symétrique permettant un massage profond dans les meilleures conditions, qui est alors pleinement justifié dans l'arsenal thérapeutique.

Ce massage vertébral de technique délicate demandant des kinésithérapeutes entraînés se fait suivant des trajets et au niveau de points privilégiés, suivant l'affection causale.

Il a pour but :

- Le relachement musculaire par abaissement du tonus pathologique, l'accroissement de la circulation facilitant le métabolisme musculaire.

Il agit sur les terminaisons nerveuses par voie réflexe court (réflexe d'Axone de Stricker) ou par voie réflexe

plus longue ; cette action réflexogène est au premier plan.

L'action antalgique de ce type de massage est très intéressante dans la phase aiguë puis au niveau des douleurs séquellaires.

LA REEDUCATION :

A la phase aiguë :

Les postures respectant l'attitude antalgique et mettant au repos la zone douloureuse sont seules de mise à cette phase et participent à la thérapeutique antalgique.

LA REEDUCATION PROPREMENT DITE :

Elle ne peut commencer que lorsque les signes inflammatoires sont au second plan, pour les sciatiques il faut attendre que le Lasègue soit à 70° à ce moment la rééducation vertébrale associée au massage vertébral (que l'on considère trop souvent comme un parent pauvre) est une thérapeutique de choix, elle seule va permettre de prévenir efficacement les récurrences qui restent le problème majeur dont le traitement prophylactique n'est souvent qu'ébauché.

Cette rééducation n'obéit pas à des recettes gymniques, elle s'adapte à chaque malade et dérive de l'examen clinique.

Nous nous élevons contre les prises de positions périodiques, dogmatiques pour une rééducation en cyphose ou bien en lordose. Il n'y a pas de rééducation systématique en cyphose ou en lordose ; il n'y a qu'une rééducation qui se construit en fonction de l'examen clinique et radiologique du malade du sens de la Manipulation. Il faut aussi savoir rééduquer en lordose physiologique. La rééducation en piscine est sûrement très bien mais il faut se souvenir que le malade doit être remis le plus rapidement possible dans son élément journalier et que la rééducation doit s'adapter pleinement aux conditions de la vie habituelle du malade, la rééducation doit donc obéir à des règles stricques.

Répetons le dans le kinésithérapie des algies rachidiennes il serait bon que le programme soit établi par le Médecin spécialiste en fonction de l'examen clinique, du traitement manipulatif pratiqué, de l'examen radiologique, de l'âge et de la profession du malade, l'ordonnance doit être explicite et préciser le type de rééducation désiré (15 à 20 séances de rééducation vertébrale sont suffisantes pour apprendre au malade parfaitement son programme et permettre de juger du résultat obtenu.

La rééducation post-manipulative suit les grandes lignes de la rééducation vertébrale avec indications particulières.

LES MOUVEMENTS :

Pour avoir quelque efficacité il est ESSENTIEL qu'ils soient répétés CHAQUE JOUR par le malade à son domicile pendant une période variant de trois à six mois sinon c'est à coup sur un échec de la méthode.

Pour cela les mouvements doivent :

- être simples,
- bien compris
- parfaitement assimilés sans appareillage superflu (seulement des altères).

Cinq séries de mouvements sont nécessaires et suffisent en moyenne. Ne donner que les mouvements FONDAMENTAUX en fonction d'un cas clinique précis, c'est une des conditions pour que le malade les exécute longtemps sans que cela lui demande un temps excessif, douze à quinze minutes doivent suffire, mais CHAQUE JOUR.

INDICATIONS PARTICULIERES :

Dans la rééducation post-manipulative les mouvements de torsion de l'axe rachidien doivent être prohiber durant les deux premiers mois, en particulier les mouvements de torsion du bassin sur le tronc en décubitus dorsal. Ils sont la cause de réaction douloureuse, fréquemment observée dans la période de rééducation, et souvent de rechute.

Est-ce à dire que les mouvements de torsion qui font partie de la vie courante et qui ont une grande part dans la genèse des rachialgies ne doivent pas faire l'objet d'une rééducation ?

Bien sur que si, mais pas avant le troisième mois et avec de grandes précautions. Cette rééducation en torsion doit mobiliser le tronc sur le bassin en position assise d'abord puis debout très contrôlé sans aucun mouvement lancé, mouvement musclant très prudent, s'arrêter à la moindre douleur provoquée et ne jamais forcer dans le sens de la douleur.

Les grandes lignes du schéma thérapeutique en Kinésithérapie vertébrale :

Conseils concernant les positions de repos :

Assouplissement des zones raides s'il y a lieu permettant un travail rachidien étagé favorisant la mise au repos de la zone douloureuse.

L'équilibration des courbures statiques et fonctionnelles se fait par les assouplissements, puis leurs musculations effectives est un facteur indispensable à une bonne kinésithérapie.

Bien savoir qu'elle tend vers une LIMITE imposée par l'âge du malade, l'état rachidien, il faut essayer de rétablir le meilleur équilibre vertébral possible garant de son indolence.

Enfin la réadaptation fonctionnelle à l'effort avec une excellente prise de conscience des positions corrigées reste fondamentale et doit faire partie de toute rééducation bien conduite.

EN CONCLUSION :

La Kinésithérapie vertébrale assure une prophylaxie efficace des rechutes en agissant sur :

- Le facteur favorisant par la rééducation vertébrale
- Le facteur déclenchant par la réadaptation fonctionnelle à l'effort.

Enfin, il existe des mouvements spéciaux qui peuvent aider le malade à juguler seul le début d'une scène douloureuse vertébrale, et ainsi à ne pas permettre que le blocage s'organise. Ces mouvements ne peuvent être donnés que par un Médecin spécialiste plus particulièrement en Médecine Physique et réadaptation fonctionnelle car ils dérivent des techniques manipulatives et sont de ce fait à adapter soigneusement à chaque malade, mais ils sont très importants car ils leur permettent parfois de se passer du Médecin de Médecine physique; c'est donc pour le malade le meilleur moyen d'éviter l'obsession de la vertèbre déplacée puisque que par une série de mouvements bien conduits il arrive à se guérir seul ; et devant le résultat obtenu c'est pour le patient le meilleur garant de

sa compréhension et de la poursuite CONSCIENTE de sa rééducation.

LE LOMBOSTAT PLATRE :

Il opère une mise au repos du segment rachidien lombosacré, il doit être fait dans la meilleure position, celle qui se rapproche le plus possible de la correction des courbures à obtenir chez ce malade. Il permet la reprise d'une vie pratiquement normale avec le minimum de risque de rechute ou d'aggravation.

Dans le cadre des manipulations vertébrales il est très indiqué chez les malades dont le résultat post-manipulatif très bon se détériore dans les jours suivants. On pratique une manipulation vertébrale et si le résultat est très bon on plâtre le malade dans les heures qui suivent, pour une durée de quatre à six semaines. La rééducation sous plâtre est très indiquée, théoriquement le malade devrait à l'ablation du plâtre avoir une musculature nettement supérieure à celle qu'il avait le jour où il a été plâtré ; il doit également avoir pris conscience des positions corrigées imposées par le lombostat plâtré et s'efforcer de s'y maintenir à la sortie du plâtre.

LE LOMBOSTAT EN COUTIL BALEINE :

Pour les cas d'évolution chronique émaillés de rechutes, chez les malades travailleurs de force où dont la musculature est insuffisante, le lombostat baleiné prend le relais

du lombostat plâtré et il assure pendant une période TRANSITOIRE de trois à quatre mois le tuteur nécessaire AVANT QUE LA MUSCULATURE NE SOIT EN MESURE DE LE REMPLACER EFFICACEMENT.

Le lombostat ne doit jamais être envisagé par le malade comme un refuge.

Le port du lombostat doit toujours être accompagné d'une rééducation intensive formant une sangle musculaire destinée à le remplacer.

Il doit être posé d'une façon progressive en trois à quatre mois.

Moyen en quoi il peut rendre de grands services durant une période de stabilisation entre le moment où le malade ne souffre plus mais où les rechutes sont encore fréquentes, et la période où la musculature rend la prise de conscience de la position corrigée efficace. Le lombostat peut-être porté par la suite occasionnellement pour des travaux de force ou pour les longs trajets en voiture toujours préjudiciables pour ce genre de malade.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) TROISIER O. Traitement non chirurgical des lésions des disques intervertébraux - Masson 1962 - Page 49.
- (2) HERBERT Jean - In Asie - Lucerne 1957 - Page II9
- (3) ANTONIETTI Ch. Contribution à l'étude des syndrômes cervicaux atypiques - Thèse de doctorat - LYON 1956 .
- (4) DE SEZE & THIERRY-MIEG - Les Manipulations Vertébrales - Encyclopédie Médico-chirurgicale - Techniques thérapeutiques - Page 25.966 BIO - I à I2.
- (5) MAIGNE R. Les Manipulations Vertébrales - L'expansion scientifique - PARIS.
- (6) OGER J. (Namur) BRUMAGNE J. (Liège) et MARGAUX J. (Bruxelles) - Les accidents des manipulations vertébrales - Journal Belge de Médecine physique et de Rhumatologie - Vol.I9-Fascicule 2 - Mars Avril 1964 - pages 56 à 78.
- (7) CHRISMAN O.D. - MITTNACHT A. & SNOOK GA. - Etude des résultats obtenus par les manipulations vertébrales en rotation dans les lombosciatiques d'origine discale - Journal OF BONE AND JOINT SURGERY - 46 A 3 - 1964 page 517 à 524.
- (8) DEVI M. - Les Céphalées observées en neurologie - LA REVUE LYONNAISE DE MEDECINE - 1964 - Tome XIII - N° Spécial - page 104.
- (9) VIGNON G. Leçon de rhumatologie clinique - 1965 - LYON

CONCLUSIONS

1°/ - UNE MANIPULATION VERTEBRALE est une thérapeutique manuelle, élective tendant à produire un mouvement déterminé dépassant l'amplitude physiologique normale au niveau d'une unité fonctionnelle vertébrale donnée.

2°/ - Elle doit être pratiquée par un Médecin spécialiste après examen clinique soigneux, après examen radiologique minutieux et constant, selon une technique précise.

3°/ - LES RESULTATS sont bons et sur III sciatiques traitées nous obtenons par cette méthode 65 % de succès.

Dans les lombalgies aiguës les résultats sont constamment bons et dans d'autres domaines de la pathologie vertébrale ils nous paraissent intéressants.

4°/ - LES ACCIDENTS décrits après les manipulations vertébrales sont essentiellement dus à des mauvaises indications et à des fautes de technique et notamment des manœuvres brutales faites par des empiriques.

5°/ - LE MODE D'ACTION est complexe car la manipulation vertébrale agit sur le disque, les articulations interapophysaires postérieures, sur les ligaments intervertébraux et sur les racines rachidiennes.

6°/ - LES INDICATIONS sont représentées par les algies rachidiennes communes lombaires dorsales et cervicales d'origine disco-vertébrales et par les névralgies sciatiques crurales et cervico-brachiales par conflit disco-radriculaire.

7°/ - LES CONTRE INDICATIONS :

- Les contre-indications absolues sont représentées par toutes les affections vertébrales : tumorales, inflammatoires et infectieuses ; les fractures et les luxations ainsi que les ostéoses décalcifiantes.

- Les contre-indications relatives sont représentées par la senescence et certains états vasculaires et psychiatrique.

Le Président de la Thèse :

VU, le Doyen :

VU et permis d'imprimer

LYON, le 2 juin 1966

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université,

